

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°.....

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Etude
des Syndrômes douloureux
de la fosse iliaque droite

Aspects cliniques et radiologiques

PRÉSENTÉE PAR

DENIS RENAUD

(Né le 18 Janvier 1887 à Bucarest Roumanie)

PARIS
EDITIONS MÉDICALES
7, RUE DE VALOIS, 7

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°.....

THÈSE

207

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Etude des Syndrômes douloureux de la fosse iliaque droite

Aspects cliniques et radiologiques

PRÉSENTÉE PAR

DENIS RENAUD

(Né le 18 Janvier 1887 à Bucarest Roumanie)

PARIS

EDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER.

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André RROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	LECÈNE.
Pathologie chirurgicale	LETULLE.
Anatomie pathologique	PRENANT.
Histologie	RICHAUD.
Pharmacologie et matière médicale	CARNOT.
Thérapeutique	BERNARD.
Hygiène	BALTHAZARD.
Médecine légale	MENETRIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ROGER.
Pathologie expérimentale et comparée	ACHARD.
	WIDAL.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses	TESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	LEJARS.
	HARTMANN.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DESMAREST	LANGLOIS	OKINCZYC
ALGLAVE	DUVOIR	LARDENNOIS	PHILIBERT
BASSET	FIESSINGER	LE LORIER	RATHERY
BAUDOUIN	GARNIER	LEMIERRE	RETTERER
BLANCHETIÈRE	GOUGEROT	LEQUEUX	RIBIERRE
BRANCA	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
CAMUS	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CHAMPY	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	MATHIEU	STROHL
CHIRAY	JOYEUX	METZGER	T NON
CLERC	LABBE (Henri)	MOCQUOT	TERRIEN
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	TIFFENEAU
			VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



À la Mémoire vénérée de mes Parents

À mon ami Charles Samuel

A M. le Professeur WIDAL.
Professeur de clinique médicale à l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Institut
Grand Officier de la Légion d'Honneur.

qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre
soutenance de thèse.

Avec notre respectueuse gratitude.

A mon ami Charles Samuël

A M. le D^r ENRIQUEZ, *Médecin de la Pitié*, auquel nous devons un enseignement clinique et des conseils précieux et l'inspiration de notre thèse, conçue et rédigée avec des documents recueillis pour la plupart dans son service.

En témoignade de profonde reconnaissance.

A. M. le Professeur LARDENNOIS, *chirurgien des Hôpitaux*, qui a répondu obligeamment à notre demande en nous communiquant lui-même plusieurs observations caractéristiques pour notre étude.

Avec notre sentiment distingué de reconnaissance.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de Paris :

M. le D^r DALCHÉ, M. le Professeur CARNOT, M. le Professeur BAR, M. le D^r ENRIQUEZ, M. le P^r GOSSET.

Aux Docteurs T. de MARTEL, G. DURAND, CERF, POCHON.

INTRODUCTION

La fréquence des cas *d'appendicectomie inefficace* constitue un fait d'observation clinique courante : il n'est plus à établir à l'heure actuelle.

Durant ces vingt dernières années, plusieurs chirurgiens français et étrangers, impressionnés par les chiffres élevés des insuccès thérapeutiques de cette nature — sans excuser leurs échecs par l'utilité prophylactique possible de l'opération — en ont publié toute une série de statistiques significatives : très récemment encore c'est *Gibson*, qui notait 102 syndromes douloureux persistants sur 553 appendicectomies, réduisant par ailleurs à 63 0/0 le nombre des interventions après lesquelles l'examen histologique avait reconnu des lésions au vermis enlevé. *Melchior et Loser* citent parallèlement le taux restreint de 60 0/0 de guérisons post-opératoires rapides ou éloignées, *pour les cas où l'on ne relevait pas de crise appendiculaire nettement caractérisée dans l'histoire clinique du passé des opérés.*

C'est à ces mêmes constatations inquiétantes que répondait de façon très opportune, en mars 1920, à l'Académie de Médecine, la communication du D^r *Enriquez* sur les « *Sequelles de l'Appendicectomie.* » A cette époque nous nous intéressions personnellement à plusieurs malades — dont l'un nous touchant de très près — débarrassés pendant la guerre d'un appendice reconnu lésé, et qui attendaient encore si non la renaissance physique générale que certains

leur avaient fait entrevoir, du moins une amélioration sérieuse à leurs troubles abdominaux. Quelques mois plus tard nous entrions à la Pitié, dans le service même du *D^r Enriquez* où nous avons pu joindre un faisceau de nouvelles observations aux fiches colligées par le *D^r Cerf*, ancien interne, afin de nous aider à poser en bonne lumière la question complexe qui nous intéressait et que nous formulons brièvement ainsi :

« Est-il actuellement possible au médecin, en présence d'un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite de porter un diagnostic suffisamment précis, différent de celui d'appendicite chronique ou plus complet, capable de modifier dans leur ensemble le traitement et le pronostic, et s'il y a lieu, de guider le chirurgien dans ses dispositions opératoires ? ».

En faveur d'une réponse affirmative nous apporterons ici avec l'appui de soixante observations, — dont cinquante inédites —, la contribution d'un examen analytique des syndrômes abdominaux douloureux dépendant d'une affection de *l'anse iléo-caecale*, considérant celle-ci avec *Alglave* comme un tant indivisible au triple point de vue embryologique, anatomique et physiopathologique.

Laissant délibérément de côté les erreurs d'interprétation clinique où l'on a mis sur le compte du vermis un ensemble de symptômes marquant la souffrance des voies urinaires ou des annexes chez la femme, nous réservons notre étude *aux troubles inflammatoires et aux lésions non cancéreuses ni tuberculeuses du segment iléo-caeco-colique et de l'épiploon* qui

comploquent ou simulent le tableau classique du syndrome iliaque droit, » celui-ci étant considéré à tort comme synonyme de « syndrome appendiculaire » uniquement. Si le *terme d'appendicite chronique* a l'avantage d'attirer l'attention sur l'organe qui risque le plus de se perforer, il a en même temps l'inconvénient de concentrer sur lui d'une manière trop exclusive les soins du chirurgien.

Pour introduire un élément de clarté dans cette revue pathogénique et séméiologique, nous envisagerons successivement pour le segment considéré :

I. des troubles statiques, avec les *ptoses gastro-coliques et le caecum mobile* ;

II. des troubles dynamiques ou moteurs, dans les *atonies typhlo-colique avec dilatation douloureuse et stase stercorale chronique* ;

III. des troubles mécaniques, apportés au transit intestinal normal par les *néoformations séreuses péricoliques et périviscérales*, obstacles à la propagation des ondes motrices de l'intestin. — Nous y rattachons les *épiploïtes libres ou adhésives*, en y insistant particulièrement à cause de leur fréquence parmi les « sequelles de l'appendicectomie. »

Dans la *réalité clinique*, ces trois ordres de troubles se superposent et s'intriquent chez un bon nombre de malades, les deux premiers notamment se succèdent et se combinent souvent, par exemple dans les ptoses ayant dépassé la période de compensation.

Comme d'autre part leur traduction symptomatique, se ramène à des signes de gêne plus ou moins douloureuse dans le transit intestinal avec ou sans crises paroxystiques, de dyspepsie réflexe polymorphe et d'une

auto-intoxication stercorémique variable, parfois très discutable, nous tenons dès maintenant à spécifier l'importance de tout premier plan que présente à nos yeux l'examen radiologique rigoureux pour préciser, localiser et différencier ces troubles.

Historique

« C'est un des attraits de la vie scientifique et l'un des « meilleurs que de pouvoir suivre l'évolution de certaines « questions, d'assister à leur naissance, de les voir se « développer, et au moment où elles semblent définitive- « ment faites, de s'apercevoir qu'elles se transforment « encore par quelque endroit : ainsi en est-il de l'appendi- cite, » écrivait en 1911, M. le Professeur Lejars. »

Dans une brève esquisse de l'histoire de cette évolution on peut distinguer *trois périodes* :

La première est celle du *règne de la typhlite et de la pérityphlite* pendant lequel tous les traités de pathologie consacraient un long chapitre aux phlegmons de la fosse iliaque droite en attribuant leur origine à une pérityphlite ulcérante ; le caecum et ses « encombrements stercoraux » retenaient toute l'attention des chirurgiens qui méconnaissaient derrière « les *coliques du misere* » des crises appendiculaires véritables. *Mélier* le premier vers 1827, affirmait ce diagnostic anatomique précis et prévoyait déjà l'avenir chirurgical des affections de l'appendice iléo-caecal, méconnues cependant par son maître *Dupuytren* lui-même, et confirmés un peu plus tard par *Fabre* et *Leudet-Legrain*.

La deuxième période commence en 1886 avec les travaux et les publications d'auteurs anglo-saxons tels que *Fitz*, *Lewis*, *Mac-Burney*, etc., observant la fré-

quence de l'*appendicite*, et précisant ses indications et sa technique opératoires — *Roux (de Lausanne)*, qui fut un des premiers à pratiquer l'appendicectomie (1890), croyait à la possibilité de la palpation manuelle du vermis à travers la paroi abdominale déprimée selon certaines règles ; il faisait une incision assez large, examinait le caecum mais n'y décelait de lésion inflammatoire qu'une seule fois au cours de 47 opérations.

Talamon, en 1892, rejette dans l'oubli le rôle du caecum et s'attache fortement aux conceptions de DIEULAFOY : « l'avènement de l'*appendicite* » saluée par Lannelongue, s'établit en France avec les *Jalaguier*, les *Guinard* et les *Walther* mais principalement grâce à *Dieulafoy*, qui déclare en 1896, à l'*Académie de Médecine*, « qu'on doit rapporter à l'*appendicite* et à elle seule, tous les accidents autrefois mal connus, mal interprétés, qu'on mettait sur le compte de la typhlite et de la pérityphlite, alors que les ulcérations caecales et les abcès péritonéaux circonscrits à la région caeco-appendiculaire sont toujours d'origine appendiculaire ». — Ayant élaboré sa théorie de l'infection appendiculaire par constitution d'un « vase clos » à la suite d'une obturation calculeuse exaltant la virulence microbienne, il s'attache passionnément à sa conception — demeurée quelque peu mystérieuse — d'un *antagonisme rigoureux* entre l'entéro-colite et l'inflammation appendiculaire « la coexistence chez un même individu de ces deux affections, conclut-il, étant un fait tellement exceptionnel qu'il mérite de n'être signalé que pour mémoire ». (*Potain* vers la même époque se range d'ailleurs à la même opinion et publie une statistique personnelle à l'appui).

Dix ans plus tard, en pleine période de laparatomies multipliées pour troubles gastro-intestinaux mal définis avec découverte d'*appendicites microscopiques*, Dieulafoy, oppose obstinément l'*appendicite, maladie chirurgicale dont on ne doit pas mourir* (grâce à l'opération faite opportunément) à la « *typhlo-colite sableuse ou muco-membraneuse* » *maladie médicale* qu'il faut traiter médicalement ; il s'élève avec force « *contre les diagnostics de tendance* où l'on méconnaît la typhlite dont souffrent quantité de gens, indûment opérés d'une appendicite qu'ils n'ont pas ». « *Je les ai surnommés les balafrés*, s'écrie le savant médecin de l'Hôtel-Dieu en s'adressant au grand public par dessus la tête de l'Académie de Médecine » — « *sur leur ventre est inscrit en caractères indélébiles l'erreur de diagnostic* » — « *balafrés de Plombières et de Châtel-Guyon* » on retrouve ces malades traînant dans les villes d'eaux les mêmes douleurs que celles qui avaient décidé leur opération.

La pathogénie de l'appendicite soulève dès lors de longues discussions : origine intestinale avec la *théorie de la stagnation* (première édition atténuée de l'actuelle stase caecale,) avec *Reclus* et *Broca*, croyance à la coexistence des deux syndromes appendiculaire et entéritique chez *Richelot*, importance du rôle lymphoïde du vermis soutenu par *Lucas-Championnière*, etc.

Durant la troisième période, les crises aiguës ne sont plus considérées que comme des épisodes paroxystiques dans l'évolution d'une « *appendicite chronique* » à multiples aspects cliniques avec signes physiques parfois très restreints ; en même temps, peu à peu, tant en France qu'à l'étranger le vermis iléo-caecal n'est plus observé dans l'isolement d'une autonomie fonction-

nelle qui ne lui appartient pas, mais bien comme « une fistule borgne interne au fond d'un large diverticule intestinal » selon le mot de Reclus. — On insiste sur son étroite solidarité physio-pathologique avec le segment iléo-caecal du tractus intestinal et sur la fréquence des *symptômes réactionnels douloureux des organes voisins*, traduisant l'extension à ceux-ci de ses états morbides ou au contraire, permettant d'en différencier les troubles de la « constipation ascendante. »

Cette période commence en 1898, avec les communications successives de Walther, à la société de chirurgie de Paris et aux différents Congrès français de chirurgie : les *réactions épiploïques* secondaires à l'appendicite ou concomittantes, les *lésions pérityphlo-coliques* et les « *cylindres membraneux* » déjà observés par Jalaguier y sont l'objet d'observations nombreuses : le chirurgien de la Pitié, et quelques années plus tard son élève Haller dans une thèse remarquable, préconisent une incision abdominale suffisante pour faire « *la toilette systématique du colon proximal* ».

Entre temps Bazy « réclame en faveur de la *vieille typhlite*, bien malmenée, dit-il, et le droit pour le caecum de déterminer des lésions aussi bien que son voisin l'appendice, et le même droit pour la valvule iléo-caecale et l'iléon », et il note la *grande similitude de symptomatologie* entre les unes et les autres. Le Professeur Quénu, dès 1904, réagit lui aussi contre la tendance à mettre sur le seul compte de l'appendice toute douleur ayant son siège dans la fosse iliaque droite : il envisage une nouvelle entité anatomo-pathologique « *les para-appendicites* » où l'on trouve des lésions inflammatoires péritonéales et ganglionnaires pericaecales, en l'absence de toute atteinte

appendiculaire. A Bâle, en 1908, le chirurgien *Wilms* signale « *le caecum mobile* » comme cause de « *soi-disante appendicite chronique*, » et publie à l'appui 40 observations de malades inutilement opérés dans ces conditions. *Fischler* (de Heidelberg) expliquant de son côté les cas analogues par une insuffisance primitive de la musculature intestinale et une dilatation secondaire douloureuse du caecum (typhlatoxie).

Les recherches radiologiques prolongées de *Lane et de Jordan*, de *Pauchet*, établissant ensuite la réalité des « *stases iléo-caecales*, » avec leurs conséquences d'auto-intoxication générale et leur origine par statique viciée dans les *ptôses coliques* avec exagération des coudures normales et formation de brides sténosantes ; l'appendice n'est pas séparé du caeco-colon et de larges résections intestinales sont préconisées.

Dans le même sens, parmi les auteurs qui ont contribué à différencier les causes des « syndromes iliaques droits » il convient de citer les travaux de l'Américain *Jackson sur la « péricolite membraneuse »* auxquels le *Prof. Duval* donnait droit de cité en France (1910) en publiant trois observations de « brides en voile transparent, sur le colon ascendant. »

Plus récemment enfin les publications de *Lardennois*, de *Grégoire*, la communication de *M. Enriquez* à l'Académie de Médecine, et enfin l'étude d'*Antoine*, ancien interne de *M. Enriquez*, en collaboration avec *T. de Martel*, et qui porte sur des faits observés principalement dans le service de notre maître : tous ces différents travaux ont précisé le rôle du caecum mobile et dilaté dans les stases coliques droites et la fréquence des

malformations péritonéales congénitales ou acquises dans des états morbides simulant l'appendicite chronique, au point de conduire d'excellents praticiens à une opération inutile ou pour le moins insuffisante.

Anatomie et Physiologie

Très brièvement, pour la clarté de notre étude, rappelons quelques-unes des notions fondamentales concernant la topographie et le rôle fonctionnel du segment intestinal compris entre la valvule de Baubin et la moitié gauche du colon transverse, et qu'on est convenu d'appeler *colon droit*.

Dans son ensemble il frappe par son aspect court, volumineux replié sur lui-même, différent notablement du *colon gauche* plus allongé, en guirlande mieux ouverte et de calibre plus grêle ; celui-ci est plus apte à assurer facilement le transit fécal, le premier au contraire favorise par sa disposition la lenteur de la traversée intestinale jusqu'à l'arrêt et à la stase stercorales ; chez la femme en particulier vu la fréquence d'un rein droit ptosé comprimant le caecum et attirant l'angle sous-hépatique vers le bas.

L'angle colique droit, déjà habituellement situé en position basse au niveau de la crête iliaque postéro-supérieure ou légèrement au-dessus (XII^e côte), est relié par le fascia de Toldt au pôle inférieur du rein droit ; il possède en plus une mobilité normale qui lui permet de descendre de plusieurs centimètres dans la position debout, ainsi qu'on le constate à l'écran radioscopique ; la différence de niveau des deux angles coliques varie alors de un à huit et même à dix centimètres, et la direction régulièrement oblique du transverse ne descendant pas

au-dessus de l'ombilic ne se rencontre en fait que chez des sujets spécialement vigoureux et musclés.

— Envisageant de façon plus limitée *le segment iléo-caecal* (10 derniers centimètres de l'iléon + le caecum + le colon ascendant) (*Alglave*), après une évolution embryologique où il occupe successivement les régions ombilicale, épigastrique, lombaire et enfin iliaque, nous le trouvons :

a) Chez l'adulte (sur 130 autopsies)

en position iliaque moyenne : 108 fois.

en position iliaque inféro-interne : 16 fois.

en position basse pelvienne : 6 fois (chez la femme le plus souvent).

b) Chez l'enfant

en position iliaque haute ou sus-iliaque : dans
31 0/0 des cas.

Dans ses rapports avec le péritoine, notons d'abord qu'à la limite entre la portion libre (mésode 5 à 6 centimètres) et la portion fixée de l'iléon terminal il y a possibilité d'une coudure sur laquelle *Lane* a insisté en situant en ce point les nœuds de formation les plus fréquents des brides mécaniques par péricolite postérieure non inflammatoire.

Après avoir tapissé l'iléon, le mésentère se termine en effet à quelques centimètres de l'orifice iléo-caecal : il se dédouble alors en deux feuillets, le feuillet antérieur enveloppant en avant le caecum (avec l'appendice) ainsi entouré entièrement et libre par sa pointe et son corps, tandis que le feuillet postérieur, rétro-caecal, se réfléchit sur la paroi abdominale postérieure à laquelle il fixe la partie inférieure des deux bords latéraux du colon ascendant, en formant à ce niveau deux replis ou ligaments ;

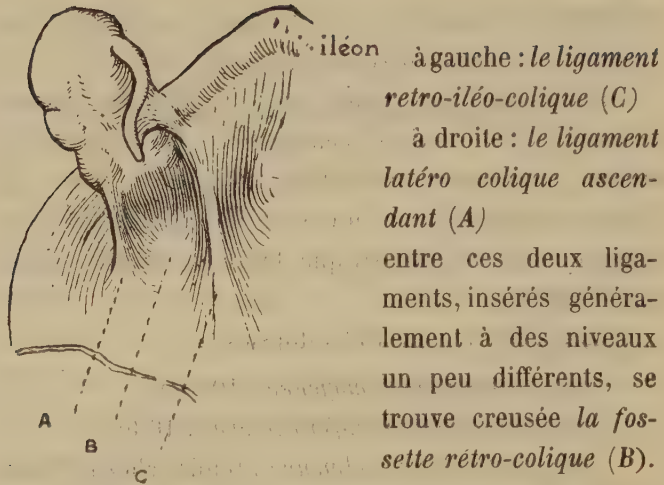


Fig. 1. — Caecum relevé (d'après Alglave).

Dans les déplacements de leur vie physiologique et au cours des interventions chirurgicales le caecum et la fin de l'iléon sont différemment mobilisables ou faciles à extérioriser suivant le degré de développement anatomique ou la laxité de ces ligaments ou freins péritonéaux retro-iléo-coliques. Les dispositions favorables à une plus grande mobilité de ce segment se rencontrent dans 14 0/0 des cas (caecum mobile).

— Quant à l'*appendice* lui-même, que sa situation soit interne descendante, rétro-caecale ou antéiléale, son point d'implantation au confluent des trois bandelettes caecales ne correspond pas en projection sur la paroi abdominale antérieure au *point classique de Mac Burney*. Lejars et Garan ont établi sur le cadavre, grâce à de longues aiguilles perforantes que le *point de Lanz* (de quatre centimètres plus inférieur, à l'union du tiers droit et du tiers moyen de la ligne bis-iliaque) est beaucoup plus exactement indicatif à cet égard. La région de Mac Burney correspondrait plutôt à une *zone cutanée de*

réflectivité médullaire en relation avec les impressions sensibles du vermis iléo-caecal, par l'intermédiaire des filets sympathiques.

Les recherches surtout radiologiques de *Bloch, Klose* et *Cannon* ont précisé, ces dix dernières années, les phases et la complexité de *la physiologie dynamique* du gros intestin

Chez un sujet normal sans obstacles organiques ni zones spasmodées le long du tube digestif, la progression du but entérique se fait de façon à *atteindre* et à *traverser* :

le caecum, en quatre à cinq heures

le colon transverse, en huit à quatorze heures

le colon sigmoïde, en seize à vingt-quatre heures.

Lane et Jordan admettent que selon les chiffres normaux :

le caecum est atteint en 4 h. $1/2$

l'angle thérapeutique en 6 h. $1/2$

l'angle splénique en 9 h.

l'anse sigmoïde en 12 h.

Cette progression des fèces — quels que soient les faibles écarts des nombres horaires précédents — se fait sous l'influence de l'innervation pneumogastrique et des plexus sympathiques — d'abord et surtout par des *petits mouvements très légers* et à *peu près continus* de la musculature colique, et en outre par des *grands mouvements péristaltiques intermittents* (quatre à cinq environ par 24 heures selon Holzkecht).

En plus, de fins *mouvements antipéristaltiques* partent des nœuds de contraction (*cœurs intestinaux*) échelonnés sur les colons transverse et descendant et viennent

s'éteindre au fond du caecum sans pouvoir forcer d'habitude la barrière de la valvule de Bauhin. Il existe enfin un mouvement, à rythme très lent, dit *balancement pendulaire du caecum*, d'autant plus effectif que ce dernier est anatomiquement moins fixé.

De la combinaison et de l'alternance de ces différents mouvements résulte un véritable *brassage prolongé* du résidu alimentaire, liquide transmis par le grêle : ce brassage est assez analogue à celui de la portion motrice de l'estomac et il aboutit à une forte déshydratation du chyme intracaecal (400 grammes d'eau sont absorbés en 24 heures) ; il favorise aussi un complément de digestion et d'assimilation pour les acides gras, les gros grains d'amidon et les éléments cellulosiques ; il se fait à ce niveau un dédoublement des savons formés dans le duodenum ; les fistules expérimentales rendent un liquide, de *réaction acide*, à *flore bactérienne iodophile* et renfermant de faibles doses de sucre (0,3 à 0,5) et d'albumine coagulable.

Mais en fait la physiologie normale du caecum est peu importante du point de vue digestif proprement dit : le gros intestin est avant tout un *organe d'assèchement et d'évacuation des fèces*. Par contre la stase stercorale prolongée peut voir naître et se développer une flore toxique abondante avec fermentations putrides, irritation et altérations de la muqueuse et par là intoxication de l'organisme. Lane, en forçant beaucoup les choses, y dénonce l'origine de trop nombreux états pathologiques depuis les psychasténies jusqu'à certaines tuberculoses pulmonaires.

CHAPITRE I

Troubles statiques du colon droit : Les ptoses gastro-coliques. Le caecum mobile

Hypothèses pathogéniques

Si l'homme représente la première expérience de bipède essayée par la Nature, il faut reconnaître que parmi les fâcheuses conséquences de « *la glorieuse station verticale* » à côté des déformations de la colonne vertébrale et de la voûte osseuse du pied, *les visceroptôses* occupent la plus large place.

La station debout ou assise prolongée (16 heures sur 24) propre à *l'homme civilisé*, et contraire aux habitudes des races primitives — vivant le plus souvent étendues ou accroupies — serait en effet selon *Lane* et son école l'origine essentielle éloignée des troubles de *l'équilibre statique du tube digestif*, — le port du corset et la multiplicité ajoutant leur influence chez la femme.

Cet équilibre *dans la position verticale* est normalement assuré par un régulateur que *Glénard* a signalé le premier en étudiant le rôle primordial joué par la *chute de l'intestin grêle* dans le mécanisme des ptoses splanchniques : c'est lorsque le point d'appui de la masse du grêle — sorte de grappe centrale à point d'attache postérieure — vient à manquer pour soutenir le colon transverse et par lui l'estomac, que les organes de suspension du tractus

digestif — mésogastre, mésentère et mésocolons — deviennent insuffisants, se laissent forcer et distendre.

Diminution progressive de la tension intra-abdominale, atonie des tuniques de l'intestin qui devient flasque et fléchit comme soutien mécanique, affaiblissement trophique et distension de la sangle musculaire que constitue la paroi abdominale (*atonie pariétale*) : toutes ces conditions auxquelles se joint souvent une fonte partielle des coussinets graisseux épiploïques, se combinent pour déclencher à des degrés variés une *dislocation intestinale* avec ou sans néphroptose, l'action de la pesanteur sur les viscères n'étant plus efficacement contrebalancée.

En fait, sans admettre de cause univoque aux ptoses abdominales, au début de l'histoire clinique des « ptosiques » il n'est pas rare de déceler un syndrome dyshépatique ou dyspeptique créant lentement, par dénutrition générale une infériorité des tuniques intestinales d'où l'atonie de celles-ci. Cette *période prémonitoire de Glénard* correspond quelquefois à une convalescence difficile ou à un état de dépression psychique aiguë (chez les anxieux et les mélancoliques, par exemple) : elle est assez mal caractérisée par des troubles digestifs fonctionnels de légère insuffisance avec stigmates disendocriniens ou névropathiques, de l'asthénie et un amaigrissement variable : *pour certains auteurs elle n'est que le premier retentissement (réflexe) de la ptose sur l'état général.*

Lorsque les signes physiques abdominaux et l'examen radioscopique font reconnaître que la ptose gastro-colique est installée, celle-ci a déjà fait subir une traction anormale plus ou moins prolongée aux ligaments suspenseurs, lesquels se sont renforcés *d'épaississements conjonctifs et séreux de formation mécanique non inflammatoire,*

bandes de renforcement (Lane) : les angles coliques, les sinuosités sigmoïdes, assez fréquemment la fin de l'iléon, vont devenir le siège de *coudures aiguës*, obstacles échelonnés sur le trajet du transit fécal.

Une période *de compensation*, par hyperactivité fonctionnelle, puis hypertrophie des éléments musculaires de l'intestin et défense de la muqueuse contre l'irritation stasique, représente ici — et parfois longuement — la possibilité de *syndromes dissociés* dans les ptoses splanchniques, avec peu ou pas de douleur, absence de constipation aiguë et de selles muco-membraneuses, de même que la dilatation gastrique ne s'accompagne pas constamment de retard dans l'évacuation pylorique ou de digestion douloureuse : cette compensation physiologique est écourtée dans les cas complexes où, dès le début l'inflammation de la muqueuse traduit une *typhlo-colite ptosique* (Delbet) avec sensibilité excessive du caecum. Il existe au surplus des formes de stase intestinale *sans bandes de renforcement*, l'obstacle au péristaltisme ne venant que de l'atonie de l'intestin entièrement prolabé.

Depuis les observations du chirurgien bâlois Wilms (1919), on est convenu de parler de *caecum mobile*, toutes les fois qu'au cours d'une intervention ou d'une autopsie ce segment se laisse mobiliser latéralement et vers la paroi ventrale de plus de 9 centimètres (le pédicule iléo-caecal commun pouvant varier, lorsqu'il existe, de 10 à 15 centimètres) : cette interprétation semble arbitraire puisqu'on trouve dans la série des modes d'insertion du segment iléo-caecal (8 types selon Quénu et Heitz-Boyer) tous les intermédiaires entre une coalescence complète à la paroi postérieure et une liberté totale. Au

dire de certains auteurs allemands (*Hausmann et Sonnenburg*) c'est la fixation de tout le caecum par un péritoine le plaquant immédiatement contre la fosse iliaque, qui serait pathologique en entravant les modifications de volume nécessaires pour vaincre des tendances légères et à peu près normales de stase stercorale droite : selon *Dreyer* la mobilité caécale doit être tenue pour normale parce que très fréquente et *décelable dans 67 0/0* des cas sur le cadavre !

En France, les recherches d'*Ancel et Cavaillon, de Descomps, d'Alglave*, nous ont fourni des chiffres plus vraisemblables sur le nombre des caeco-colons flottants par fixation incomplète du mésentère primitif avec persistance d'un long méso commun iléo-caecal : soit dans *9 0/0 des cas* environ, chez l'adulte.

Grégoire donne le chiffre de 25 0/0 pour les cas où une ptose colique droite est due à un défaut d'accolement des mésos correspondants, et où l'angle-shépatique et le C A basculent en avant du caecum, dans la fosse iliaque elle-même.

En dehors de ces anomalies anatomiques congénitales — souvent insoupçonnées toute la vie des sujets bien musclés — la mobilité exagérée du caecum est plutôt liée à une ptose par extensibilité anormale des ligaments retro-colique gauche et latéral ascendant droit, grâce à la *grande laxité du tissu cellulaire retroperitonéal* ; *Hausmann* reconnaissait lui-même que ce sont là les conditions nécessaires et suffisantes pour entraîner une descente caeco-colique. *Epiphenomène secondaire à une planchnoptose acquise, et non pas entité morbide isolée et spécifique : tel nous apparaît « le caecum mobile »*. Chez la femme fréquemment ptosique, on le rencontre précisé-

ment en proportion beaucoup plus élevée que chez l'homme.

Il est au surplus d'un faible intérêt pratique de chercher à préciser si le caecum ptosé et mobile provoque la constipation par stase ou si celle-ci en est au contraire la cause : *Wilms et Stierlin* ne l'ont pas tenté ; ils étaient surtout frappés par la *similitude symptomatologique* entre l'appendicite chronique pour laquelle ils intervenaient et la mobilité anormale du caecum qu'ils découvraient à l'opération. C'est que les retentissements douloureux du déséquilibre statique du gros intestin débutent dans la majorité des cas par le cul-de-sac du caecum et créent ainsi ce fait d'observation radiologique et clinique courante de la *coexistence d'un syndrome iliaque droit et d'une ptose colique*, même lorsque celle-ci demeure réductible et ne s'accompagne pas de dilatation segmentaire, ni d'appendicite chronique.

Pour expliquer cette douleur abdominale droite on a invoqué tour à tour ou simultanément les tiraillements que le caecum alourdi et remuant exerce sur le méso-iléon terminal principalement lorsqu'une fixité postérieure anormale de cette fin de l'iléon, produit une *déformation caecale en crosse* à convexité externe (41 0/0 des cas selon *Algave*), la traction constante sur les *plexus sympathiques mesentériques* avec l'hypersensibilité solaire habituelle de ces malades, enfin l'hypéresthésie de la muqueuse colique enflammée, dans les cas anciens avec typhlocolite catarrhale et hypersécrétion. Il faut peut-être attribuer les petites poussées douloureuses paroxystiques des ptosiques à une subocclusion fruste par *coudure ou torsion sus-caecales* (*Klose*), le segment supérieur du C A pouvant basculer en avant, ou le caecum lui-même

se déplaçant en tournant autour de son axe longitudinal. Ainsi la douleur iliaque droite pas plus que l'atonie secondaire du caecum ne proviendraient directement d'une mobilité exagérée : l'intestin grêle et le colon transverse, très mobiles anatomiquement, n'en sont pas douloureux d'autant, ni facteurs de stase.

Enfin dans le cas où la chute vers le détroit supérieur du caecum et sa traction continue coïncide avec une brièveté anormale du mésentère terminal et déclanche ainsi — en l'absence de toute formation séreuse ou d'une bride congénitale de Lane — une *coudure aigue de la fin de l'iléon avec stase en amont (stase iléale)* : le spasme au niveau de l'angulation est *impossible à différencier d'une douleur appendiculaire, sans le secours des radioscopies en série*.

Symptômes cliniques

La plupart des ptosiques, qui viennent nombreux aux consultations de gastro-entérologie, se présentent au médecin avec des symptômes de dyspepsie banale et des signes intestinaux prédominants, à forme de constipation ; les douleurs abdominales sont sourdes postprandiales tardives, vives dans la position debout ou après une course prolongée, parfois au moment des exonérations intestinales surtout durant les périodes de débâcles diarrhéïques, redoutées de certains malades.

A la période de compensation que nous étudions ici dans les ptoses simples, le facies est fréquemment cholémique avec tendance aux dermatoses staphylococciques et cependant l'état général peut n'avoir pas été modifié sensiblement, ce qui ne veut pas dire qu'il soit bon, la plupart des *splanchnoptoses* survenant chez des sujets à système musculaire déjà très insuffisant et

atonique : la paroi abdominale est dépressible et le ventre habituellement plat au même concave permet la palpation d'un *intestin chiffon* sur lequel des zones contracturées aux angles et surtout sur la portion sigmoïde — la plus musclée — réagissent douloureusement. La percussion délimite une *sonorité stomacale élargie* et descendue au dessous de l'ombilic, parfois au pubis, une *sonorité caecale plus aigue* au-dessus de l'arcade crurale et aisément mobilisable vers la ligne médiane ; l'une et l'autre avec *clapotis* : signes sans valeur spécifique mais qui indiquent l'atonie des tuniques digestives, première cause du déséquilibre statique.

La topographie de la douleur sur l'abdomen donne une sensibilité épigastrique médiane remontant au xiphoïde, sous le rebord costal gauche assez haut (angle splénique) dans le flanc et la fosse iliaque droite des zones mal délimitées sans point maximum précis ; mais les tiraillements douloureux avec sensation de torsion dont se plaint le malade au cours de *petites crises passagères*, avec nausées et *sans contracture pariétale ni fièvre*, partent de la région des points appendiculaires classiques (Mac-Burney, Morris, Monro, Lanz, etc.), entre l'ombilic et la crête iliaque antéro-supérieure. Le médecin n'assistant pas toujours à ces petits accès douloureux, mal décrits du malade lui-même et l'endolorissement de la fosse iliaque persistant dans les intervalles avec accentuation à la pression, l'analogie avec l'appendicite chronique semble imposer le diagnostic. L'écran radioscopique dissipe l'erreur, si après avoir dévoilé la ptose gastro-colique avec mobilité caecale variable, il permet par une palpation méthodique de préciser que *la zone douloureuse de la paroi correspond au caeco-colon et à ses attaches*

tirillées, l'implantation de l'appendice sur le caecum étant *plus inférieure* et n'étant pas le siège de la réaction douloureuse maximum : *tout le fond du caecum est hypersensible* et c'est justement cette hypersensibilité diffuse du caecum qui est mise en jeu lorsqu'on refoule de haut en bas avec la paume de la main les gaz préformés. (*Lardennois*) ou qu'on insuffle un gaz artificiel inerte par voie rectale jusqu'à distension du colon droit (*Bastedo*). Il faut admettre chez ces malades une *algie des réseaux sympathiques étirés dans les mésos allongés* et dans les tuniques coliques distendues : dans les cas aigus ou anciens s'ajoute l'élément catarrhal de la muqueuse intestinale elle-même.

Dans un cas de fausse appendicite publié par *Leven* un allongement exceptionnel de l'estomac avait fait coïncider la région pylorique avec celle de Mac Burney, à la paroi.

La *manœuvre dite de la sangle* (le médecin placé derrière le malade debout et relevant la masse intestinale avec ses deux mains ouvertes), a été trop abandonnée dans l'examen clinique des ptosiques — le *signe de la douleur signal de Leven*, n'en est qu'un aspect plus précis — l'un et l'autre confirment que le trouble prédominant est statique, sans éliminer la possibilité d'une *appendicite associée* et d'un de ces *cas mixtes* dont la fréquence atteindrait le *chiffre de 60 0/0 d'après Ejebols*.

L'*Observation I* que nous insérons maintenant en est un exemple typique avec phase de *compensation prolongée* et *appendicectomie simple, inefficace*, toute l'attention du médecin et du chirurgien s'étant portée sur le vermis.

Observation n° 1. — M. Henri N..., 32 ans, étudiant.

Constipation habituelle avec selles fetides dans l'enfance et la première jeunesse. *Antécédents héréditaires* neuro-arthritiques et cholémiques : pas de tuberculose, ni de syphilis ; père mort de cancer rectal.

A l'âge de 20 ans, amaigrissement après un changement de climat, avec troubles dyspeptiques à forme d'atonie gastrique et fermentation intestinale, acné polymorphe de la face et des épaules ; le Dr Bouveret, de Lyon, donne un traitement pour de l'*hyperchlorydie* avec légère entéro-colite.

De 20 à 30 ans, l'état gastro-intestinal (rares débâcles diarrhéiques sans muco-membranes) et l'amaigrissement ne se modifient pas, après une chute de poids de 15 kilogs, et malgré une bonne alimentation régulière et un régime mitigé.

En mai 1914 un premier examen radioscopique à Lyon, montre un retard dans le transit intestinal avec *ptose du colon transverse* et poche de gaz à l'angle splénique.

En 1916, le malade renvoyé du front est réformé définitivement pour *colite segmentaire avec péritonisme* : à cette époque selles très fétides, sans parasites, avec digestion insuffisante de l'amidon et des graisses. Un deuxième examen radioscopique complet décèle alors seulement une *ptose gastro-colique accentuée*, un *caecum assez gros* et une zone spasmée avec gaz à l'angle colique gauche, lequel s'ouvre difficilement à la main et est douloureux. Le port d'une sangle abdominale avec pelote sous-ombilicale et des mouvements de gymnastique abdominale améliorent les fonctions gastro-intestinales et l'état général.

Durant l'été 1917, le malade qui a repris du service, traverse une période de fort surmenage et souffre de poussées d'entérite avec subictère et asthénie. Un médecin spécialiste de Paris consulté, trouve de la sensibilité appendiculaire dans le décubitus latéral gauche et conseille l'appendicectomie simple. (Peu de temps auparavant un chirurgien suisse réputé, après palpation prolongée de la fosse iliaque droite, avait déclaré que l'appendice était sain). *Aucune crise fébrile dans le passé*, jamais d'état nauséux.

Appendicectomie (29 juillet 1917). — Appendice long de 11 cm. à parois très amincies, sans adhérences.

On a fait une *petite incision* qui permet cependant de noter un *caecum très mobile*, mais *aucune exploration des carrefours*, *aucun examen de l'épiploon*.

Pendant les mois suivants, légère amélioration de l'état général, de la constipation et du teint moins cholémique ; mais les digestions restent difficiles avec pyrosis tardif et gaz intestinaux abondants.

En 1920, le malade n'a pas repris de poids ; ses troubles dyspeptiques sont les mêmes, mais l'appétit est conservé ; rares nausées, mais *douleurs subites, vives et profondes dans la fosse iliaque droite* survenant brusquement sans cause appréciable, ni horaire fixe et durant *quelques secondes*.

Le Dr *Enriquez* consulté, trouve une région caecale sensible et résistante sous la main, assez mobile latéralement ; les points douloureux les plus nets sont sur le bord interne du caecum (en outre sensibilité épigastrique et corde sigmoïde) ; il pense à une séquelle de l'appendicectomie pratiquée trois ans auparavant.

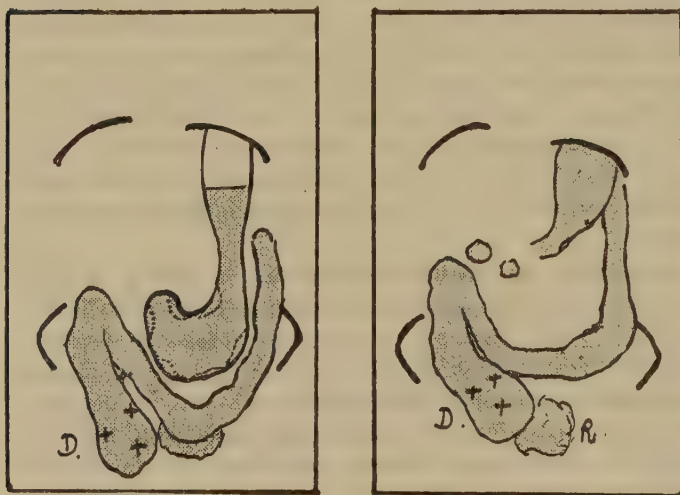


FIG. II. — Position debout

Decubitus dorsal

Examen radioscopique (mai 1920). Debout : estomac ptosé à fond élargi mais sans atonie aigue et suffisamment contractile : poche à air ; ptose en guirlande du colon transverse ; *caecum dilaté* avec points douloureux le long du bord interne du segment caeco-colique ; l'angle colique droit s'ouvre à la main, aérocolie angle gauche, *transit intestinal normal* (ampoule rectale garnie après 19 heures).

Couché : la colonne caeco-colique remonte facilement et se mobilise bien de façon active et passive, le *caecum est un peu dilaté* et présente à la pression, une zone douloureuse dans sa portion supérieure, la ptose du C. T. est réductible.

Examen du sang (7 mai 1920) G. B. : 10.280

Formule leucocytaire	{	Polynucléaires 58.	}	41
		G. Mononucléaires 15		
		M. Mononucléaires 20		
		Lymphocytes 6		
		Eosinophiles 1		

Le malade refuse une nouvelle intervention chirurgicale pour explorer la région du carrefour iléo-caecal ; il est traité par *douze séances de diathermie (D. Nemours)* : les douleurs sont peu influencées, mais la leucocytose est modifiée ainsi que la mononucléose, plus légèrement.

G. B. : 8.900.

Formule leucocytaire (Juin 1920)	{	Polynucléaires 61.	}	38
		Eosinophiles, 1.		
		Mononucléaires, 25.		
		Lymphocytes, 13.		

En 1921, le malade est dans le même état d'amaigrissement avec fosse iliaque droite sensible et douleur avec malaise général dès qu'il quitte sa sangle abdominale antiptosique, ne serait-ce qu'une heure dans la journée.

Pression artérielle : 12/7. Cryesthésies fréquentes *Réaction de Wassermann-Desmoulière : négative.*

En comparant les examens clinique et radiologique faits en 1914 et en 1920, on remarquera la *lente évolution du segment caeco-colique vers la dilatation atonique* et cependant sans constipation aigue et sans crises paroxys-

tiques. La *rupture progressive de cet équilibre* instable par péristaltisme compensateur et l'accentuation des symptômes abdominaux douloureux nous amène à étudier l'atonie secondaire de la musculature colique (sorte *d'hyposystolie de l'intestin*, comme s'exprimait Sigaud, de Lyon) et par là la *dilatation douloureuse franche du colon droit*.

CHAPITRE II

Troubles dynamiques du colon droit Les stases caeco-coliques avec dilatation

Le caecum est à l'origine des colons une sorte de réservoir où viennent normalement s'accumuler les débris alimentaires non assimilables et le lieu d'un arrêt physiologique de courte durée (deux à trois heures), pour le chyme entérique en voie de deshydratation. Si les obstacles constitués par les angles coliques devenus aigus et serrés, et par les *bandes de renforcement* d'origine ptosique, provoquent un prolongement de cet arrêt, celui-ci ne peut se répéter constamment au-delà de vingt-cinq à quarante-huit heures sans fatigue pour la *tunique musculieuse* du segment caecal, qui se trouve justement être la plus faible de tout le tractus intestinal : après la lutte active de la période de compensation, lutte fonctionnelle avec hypertrophie anatomique, où les exonérations sont irrégulières mais encore suffisantes, la *parésie motrice* s'installe suivie d'une *dilatation progressive de l'organe*.

Cette *typhlectasie atonique* par laquelle débudent les « dilatations douloureuses du colon droit » (Grégoire) est primitive ou secondaire :

1) Primitive — le plus rarement — dans les constipations droites chroniques qu'on rattache directement à des modifications physio-pathologiques du péristal-

tisme intestinal : *les centres de contraction ou cœurs moteurs de l'intestin* » échelonnés le long du cadre colique sont dans ces cas en état d'*hypotonie* ou de *spasme* (les deux pouvant être associés sans antagonisme de fait) ; lorsque les systèmes vago-sympathique et endocriniens dont ils dépendent sont eux-mêmes infectés ou fonctionnellement viciés, le rythme moteur de l'intestin se trouble, le flux stercoral se ralentit et une stase s'installe avec blocage fécal dans le colon droit progressivement distendu.

Fischler avait déjà soutenu l'origine atonique primitive des ptoses caecales avec stase : cette dernière par influence réciproque aggravant la parésie première et la tendance à la distension du segment considéré : il croyait à une faiblesse congénitale de la fibre lisse elle-même. C'est qu'en effet, *le megacæcum de Hirschprung mis à part*, et d'ailleurs rare — (trois cas sur 1742 examens, d'après Basler, de New-York), — un caecum peut-être radiologiquement reconnu dilaté sans ptose associée ; mais pour Fischler lui-même cette typhlatonie primitive ne se manifeste qu'à l'occasion d'un surmenage fonctionnel, (sorte de distension hyposystolique).

2) Secondaire, dans le plus grand nombre des cas, elle résulte soit A) *d'une constipation gauche*, recto-anale (spasme fistules, hémorroïdes) ou sigmoïdienne (atonie, spasme, inflexions, adhérences) soit B) *d'obstacles* siégeant sur le trajet colique. Ces obstacles se présentent 1) dans les *troubles statiques des ptoses* (*défauts d'accollement des mésos* ou relâchement ligamenteux) par coudures aigues et torsions qui provoquent une dilatation retrograde, ou *par compression prolongée*

dans les *nephroptoses droites* ; 2) dans les *troubles mécaniques* par *néoformations séreuses* (voiles membraneux congénitaux enflammés, brides inflammatoires, adhérences épiploïques, périviscérités des carrefours), dans les cas plus anciens ou plus aigus.

En vue du pronostic et des indications opératoires, on peut tenter de rechercher pour chaque cas clinique, la part de probabilité pathogénique qui revient à l'un ou à l'autre de ces processus ou à tous les deux : mais l'accord semble actuellement établi entre les auteurs pour admettre la réalité de la stase caecale ou stase caeco-colique droite (« *constipation ascendante* » des Allemands,) en entendant par là « *une stagnation de durée anormale de la masse fécale accumulée dans l'anse iléo-caecale en l'absence de toute sténose vraie des segments intestinaux sous-jacents* » ; la stase stercorale peut se produire en effet simultanément des deux côtés de la valvule iléo-caecale dans des cas où il n'existe cependant aucun obstacle mécanique précis (coudure avec bride ou bandelette de Lane) sur la fin de l'iléon. Nous verrons que *radiologiquement* il importe de constater le fait à *plusieurs examens* pour éliminer la possibilité d'un simple retard ; il faut encore tenir compte du degré de rapidité dans l'évacuation gastrique, par fréquence de la dilatation du bas fond ptosé et lenteur du passage dans le duodénum.

Habituellement, cette stase avec dilatation caeco-colique droite, se présente comme *l'un des aspects cliniques de la maladie de Lane*, en groupant ses symptômes autour de ces deux conséquences principales : 1) *gêne dans la circulation des matières*, avec répercussions plus ou moins douloureuses dans le flanc et

la fosse iliaque droite, évolution lente et crise paroxytiques inconstantes : *en somme syndrome iliaque droit.*

2) *Troubles à distance par réactions neuro-humorales* de l'organisme paraissant liés à la stase fécale elle-même, *troubles dits stercorémiques* certainement moins constants qu'on le croit maintenant encore, et sur la nature pathologique exacte desquels nous demeurons mal fixés : *l'auto-intoxication véritable* ne se produit vraisemblablement que si la muqueuse colique est assez lésée pour laisser filtrer les toxines (*colites secondaires traumatiques* de Mathieu et J. Ch. Roux) Lane n'a d'ailleurs jamais apporté une *coupe anatomo-pathologique* établissant des lésions profondes ou une dégénérescence générale de la tunique intestinale, dans les ptoses avec stase prolongée.

Dans l'ensemble ce sont donc des signes analogues à ceux des ptoses simples à la phase de tolérance, mais *plus fortement accentués* et avec des *modalités assez nettes* pour *affirmer la marche progressive de la maladie mal compensée* et la distinguer aussi d'une appendicite simple.

Symptômes cliniques. — Il y a lieu de remarquer d'abord *le nombre considérable de femmes et des fillettes parmi les ptosiques à colon droit dilaté (quatre sur cinq selon Grégoire)*, de même que dans le cas de nephroptose (Alglave) : la raison étiologique nous en échappe encore.

Le passé de ces malades est celui de constipés chroniques anciens, ayant abusé des laxatifs et des lavements, se plaignant de migraines, de malaises avec asthénie générale, quelquefois d'amaigrissement avec teint bistré et taches brunâtres sur les téguments, langue saburrale et haleine forte ; certains avec une

évacuation à peu près régulièrement quotidienne, mais insuffisante à leur insu, n'ont eu l'attention attirée d'abord que par une *sensation de plénitude gênante dans le côté droit inférieur du ventre, survenant quatre à six heures après les repas* ou la nuit entre deux heures et 5 heures du matin (*intestin réveille-matin*), gêne plus forte après ingestion de farineux ou d'œufs et s'accompagnant de borborygmes avec léger ballonnement abdominal surtout à droite, parfois faux besoin de défécation et *toujours soulagement après évacuation de gaz*. Peu à peu la gêne est devenue presque constante avec caractère franchement douloureux *aux périodes de réplétion caecale* : à ce moment les malades se plaignent de pincements, de tiraillements, de crampes brèves dans la fosse iliaque avec irradiation vers le foie et dans la racine de la cuisse ; la région demeure continuellement endolorie, spécialement dans la station debout et au moment d'un effort. Les crises diarrhéiques (avec selles foncées à débris muqueux variables), durant un jour ou deux sont alors habituelles et fatiguent beaucoup *certaines sujets qui préfèrent les périodes de constipation* et les journées sans selles tandis que la plupart, — surtout les nerveux obsédés par le souci de vider leur intestin — se trouvent mieux après une débâcle liquide par regorgement, avec disparition de l'état migraineux, etc. On comprend d'ailleurs la douleur caecale avec tympanisme qui suit les garde-robes de cette catégorie spéciale de constipés, en observant chez eux sous l'écran après lavement opaque, l'existence d'une *chasse bipolaire*, une partie du bismuth étant repoussée vers le caecum par refoulement actif partant du *centre de contraction transversaire*. Pendant les périodes de constipation,

l'appétit est souvent conservé et *ces malades sont parfois de gros mangeurs*, ayant tendance à *abuser des farineux* qui leur sont recommandés : leurs selles rares, sont alors mousseuses, riches en cellulose et en grains d'amidon.

Cependant en dehors des décharges diarrhéïques, on peut relater chez les porteurs de caecum dilaté des poussées aigues, à début brusque, imprévisibles avec douleur iliaque très violente, immobilisant complètement le sujet pendant quelques instants (une fillette demeurant clouée sur place dans la rue, observation de Grégoire) en le courbant sur son lit avec impression de *torsion profonde angoissante*. Ces crises qui correspondent à une distension aigue subite du caeco-colon se maintiennent aussi accentués pendant une heure ou deux au plus et cessent aussi brusquement qu'elles avaient commencé avec soulagement immédiat, arrêt de l'état nauséux ou des vomissements, mais avec persistance durant 24 à 48 heures d'un endolorissement local plus vif que d'habitude. Durant l'acmé de la crise le facies est pâle, angoissé, il n'a jamais l'aspect péritonéal vrai, le pouls demeure normal, la température varie à peine : localement rare contracture pariétale, pas de péristaltisme visible : la tuméfaction tympanique est immobile, très sensible au contact, et se dissipe rapidement à la fin de l'accès, en même temps que survient une *débauche gazeuse et liquide*. Une malade soignée par les D^{rs} Florand et Grégoire, appendicectomisée inutilement trois mois plus tôt pour une dilatation caecale méconnue, subit une crise de distension aigue si violente que pendant une semaine on dut recourir à la morphine pour atténuer les douleurs persistantes.

Dans l'évolution de l'affection la crise de dilatation aigue ne se présente pas constamment ; la maladie peut suivre

une *marche chronique* avec symptômes atténués, très supportables, permettant une activité relative et souvent rattachés soit à une lésion gastrique, inexistante malgré les troubles digestifs d'ordre réflexe, soit à une appendicite chronique simple.

A l'examen, l'aspect général chez les malades jeunes est parfois à peine modifié sans amaigrissement, ni affaiblissement, ni mauvaise mine. (Obs. de Grégoire) ; d'ordinaire chez les vieux constipés dont l'atonie typhlectasique s'est installée lentement, l'organisme est très amoindri avec musculature atrophiée, état nerveux déprimé et répercussions psychasténiques (orritabilité, tristesse, tendance aux obsessions, hypocondrie) ; le facies tiré, ridé de façon précoce, est dans certains cas assez pigmenté pour qu'on incrimine à juste titre une *insuffisance surrénale* concomittante ; (l'hypotension artérielle est fréquente).

Dans la position debout on remarque la saillie globuleuse de l'abdomen au-dessous de l'ombilic seulement : ce que Mathieu appelait « *le petit bedon sous-ombilical* », l'épigastre demeurant plat ou même en retrait. Couché, le malade se rend compte lui-même, à jour frisant, d'un faible soulèvement du côté droit bombé, contrastant avec le côté opposé. La paroi est souple ou d'une molesse particulière, très dépressible, sans hyperesthésie superficielle ; la palpation douce jointe à la percussion y dénote un *élargissement transversal de l'aire de sonorité caeco-colique à tonalité élevée*, avec sensation d'un léger gonflement oblong oblique de haut en bas et en dedans, allant de l'arcade crurale jusque sous le foie dans certains cas et ne dépassant pas l'ombilic vers la ligne médiane. Une pression plus forte provoque une réaction douloureuse

sur une zone correspond te avec accroissement de la sensibilité tantôt au niveau des points dits appendiculaires, tantôt près de l'ombilic, tantôt plus haut dans le flanc : mais il arrive que le malade hésite à indiquer une région précise de souffrance maximum et quand il le fait c'est plutôt *avec toute la largeur de la main* que du bout d'un doigt : on remarque les *variations quotidiennes* dans cette localisation, peut-être par suite du *déplacement des poches gazeuses*. Celles-ci donnent chez certains sujets la sensation d'une *fine crépitation neigeuse* l'orsqu'on enfonce davantage les doigts repliés en crochet, tandis qu'après le passage des gaz on obtient un *gargouillement du chyme liquide arrêté dans un contenant atone*. Dans les cas de *stase sans dilatation* on éprouve au contraire à la main une *résistance dure, profonde, de boudin pâteux et mat*, et sans ces borborygmes dont la présence fortuite au moment de l'examen produit, sans la main posée à plat, un gros frémissement sans peristaltisme vrai : « *roucoulements iléo-caecaux* » des Allemands. Après une débacle stercorale abondante, Delbet a signalé des cas où le caecum, parésié et vide, s'enroulait sous les doigts — profondément — en une *sorte de bourrelet* de huit à dix centimètres de long sur deux centimètres de largeur, au dessus du pubis.

Quand à la *mobilité excessive* du segment caeco-colique, même avant l'examen radioscopique elle est mise en évidence par la *palpation profonde dans le décubitus latéral gauche*, jambe droite repliée : la *fosse iliaque paraît « vidée de son contenu »* et celui-ci refoulé ver l'ombilic. Dans les cas anciens où le caecum est au contraire fixé par une péricolite membraneuse ou par des adhérences avec brides, cette manœuvre est

impossible ; dans ceux où il y a appendicite associée elle peut permettre de rapprocher le vermis de la paroi et de provoquer une douleur précise maximum en un point unique (*obs. n° 1*).

Malaise dans le décubitus latéral droit, que les malades abandonnent en général spontanément pendant leur sommeil, douleur par refoulement des gaz intracoliques vers le caecum ; soulagement dans le décubitus latéral gauche et par refoulement inverse du contenu caecal gazeux vers l'angle sous-hépatique : *deux petits signes complémentaires*, le plus souvent valables pour affirmer la *typhlectasie* (*Lardennois*).

Nous verrons plus loin les confirmations et, dans les cas obscurs ou peu douloureux, les révélations que fournit la radioscopie sur le volume, les bosselures, les déformations et la mobilité du colon droit, ses aspects anormaux en forme de R. ou de H. plus ou moins dissociables ou réductibles.

A l'opération, le caecum s'exteriorise facilement, gros comme le poing dans les cas moyens (son volume normalement de 250 cenc *peut atteindre 500 et 600 cmc.*), à *parois tantôt congestionnées* avec vaisseaux saillants saignant au contact et rendant dangereux l'enfouissement d'un moignon appendiculaire (par risque de petits hématomas sous-séreux), *tantôt bleutées amincies et flaccides*.

Les quatre observations ci-jointes, *publiées en 1920 par le Dr Grégoire* sont nettement démonstratives des erreurs commises par un examen insuffisant chez les jeunes malades présentant un syndrome iliaque droit avec crise paroxystique : *dans les quatre cas le diagnostic d'appendicite chronique fut porté primitivement* et chaque fois il s'agissait de *coliques caecales* par

distension douloureuse secondaire à une malformation des mésos droits dans leur surface d'attache postérieure, et l'appendicite était macroscopiquement normal à l'opération.

Observation n° 2 . — (P^r Grégoire. Archives des malades du tube digestif. p 456. 1920)

H. . Marcelle, 12 ans 1/2 ; toujours constipée, impétigo ; depuis l'âge de 9 ans *crises de coliques violentes à droite* avec irradiations dans tout l'abdomen et durant 2 ou 3 jours. (*sans température ni vomissements*) ; entre dans le service du D^r Grégoire en septembre 1919 pour appendicite chronique.

A l'examen : ventre plat ; douleur à droite sans point fixe ; colon droit très mobile jusqu'à la ligne médiane ; pas de ballonnement caecal ; impétigo facial ; état général assez bon ; état subfébrile le soir.

Radioscopie : Après 17 heures il reste du bismuth dans le colon ascendant, donc *fort retard dans la progression colique*.

Avec lavement opaque : colons en H : le transverse semblant se brancher sur la partie moyenne de l'ascendant ; légère distension caecale, et colon ascendant sans bosselures.

Opération (14 octobre 1919) Colon droit entièrement mobile par défaut d'accolement ; long méso ; augulation sous-hépatique très aiguë ; colon ascendant et première portion du transverse accolés en canons de fusil ; colopexie postérieure et antérieure (aux parois). Appendice enlevé : normal.

Guérison : malade revue deux mois après : très bon état général ; impétigo disparu ; selles régulières, bien formées.

Observation n° 3. — (P^r Grégoire, loc. cit) M.. Louise. 12 ans.

Enfant délicate ; constipation habituelle ; depuis 6 semaines *nausées fréquentes* ; selles glaireuses ; température vespérale 37°, 5 ; vue par un médecin la malade entre dans le service du D^r Grégoire avec le *diagnostic d'appendicite chronique*

Examen : ventre souple ; sans défense musculaire ; palpation douloureuse le long des colons ascendant et transverse ; la sonorité du colon ascendant est élargie ; caecum gargouillant, difficile à mobiliser latéralement

Radioscopie : caecum encore garni de bismuth après 17 heures.

Avec le lavement : le colon droit forme une ombre distendue sans bosselures.

Opération (29 mars 1919). Partie supérieure du C. A. et angle sous-hépatique mobiles et munis d'un long méso retombant sur la première portion du C. A. et sur le caecum, adhérents à la fosse iliaque, (coudure sus-caecale).

Appendice normal. Colopexie haute, postérieure.

Malade revue en décembre 1919 : engraisée de 10 livres ; selles régulières ; plus de régime.

Observation n° 4. — (P^r Grégoire) L... Louise, 16 ans 1/2.

Depuis l'âge de 6 ans, entérite avec alternances de constipation et diarrhée ; *plusieurs crises douloureuses il y a un an*. Appendicectomie. Un mois après l'opération l'enfant recommence à souffrir dans la fosse iliaque et l'hypocondre droits, de façon continue avec *crises paroxystiques diarrhéique et météorisme*.

Examen : (à l'entrée dans le service du D^r Grégoire) : ventre souple sans contracture avec légère voussure au niveau de la fosse iliaque droite ; fort gargouillement caecal avec douleur à la palpation augmentée par pression au dessus du rebord costal droit et de haut en bas ; sonorité colique droite élargie ; état général assez bon.

Radioscopie : caecum et C. A. demeurant garnis après 17 heures ; colon transverse en guirlande ; *accolement en canons de fusil* à l'angle sous-hépatique.

Opération (12 juillet 1919) : colon droit à long méso, entièrement mobile et tassé dans la fosse iliaque ; bride vélamenteuse allant de l'angle colique droit à la deuxième portion du duodenum ; angle droit très aigu avec *accolement en canons de fusil* ; colopexie angle droit.

Malade revue après le mois : ayant engraisé de 7 kilos ; selles normales.

Observation n° 5. — (P^r Grégoire) P... Louis, 23 ans 1/2.

Rougeole à 8 ans ; depuis 3 mois, douleur dans la fosse iliaque droite ; toutes les deux ou trois semaines *crise très violente de quelques heures sans température*, mais avec vomissements et selles liquides glaireuses ; constipation entre les

crises et pesanteur douloureuse constante dans le côté droit ; entre à l'hôpital dans le service du D^r Grégoire pour « *appendicite chronique*. »

Examen : toute la région droite du ventre est également douloureuse ; léger gargouillement caecal.

Radioscopie : *debout*, 18 heures après un repas bismuthé rien encore dans le colon gauche ; *le colon droit est tassé dans la fosse iliaque* et ne dépasse pas la crête iliaque.

Après lavement opaque : *la moitié du C. T. s'accolle sur toute la hauteur du C. A.* ; l'angle sous-hépatique est très remonté par la distension colique.

Opération (12 juin 1919) : *colon droit mobile* ; ligament réno-colique très long, tenant accroché le colon qui s'y coude ; *appendice long, d'apparence sain* : ablation.

Malade revue en décembre 1919 : engraisée de 6 kilogs ; plus de douleurs ni de constipation.

CHAPITRE III

Syndrômes mécaniques du colon droit par réactions séreuses péricoliques et perioiscérales

L'étude analytique des sténoses incomplètes du segment iléo-caeco-colique est dominée par la notion des *pericolites adhésives*, membraneuses et diffuses ou segmentaires avec brides, qui créent des obstacles à la motricité intestinale et par là, un *syndrome mécanique* très voisin du syndrome iliaque droit.

Nous y rattachons les *épiploïtes* -- libres ou adhérentes -- en tant que *variété de pericolite antérieure* et nous commencerons par elles vu leur fréquence dans les appendicites, les colites chroniques et parmi les sequelles d'appendicectomie. *Walter* sur 1453 appendicectomies découvrait 372 épiploïtes dont 192 libres, et *Durozelle* (thèse Paris 1918) en publie 58 cas sur 105 observations. Nous en avons réuni 32 parmi nos 60 observations personnelles, dont 21 avec contrôle opératoire.

Les lésions ulcéreuses, hypertrophiques ou cicatricielles de *nature bacillaire ou néoplasique* sont des maladies spécifiques individualisées, *qui sortent du cadre de notre thèse*.

I. Les Epiploïtes

Nous nous permettons d'abord quelques rappels anatomiques et physiologiques : Topographiquement le

grand épiploon est étalé en tablier entre la paroi abdominale antérieure et la masse intestinale : tablier à bord inférieur convexe au-dessus du pubis, à bords latéraux correspondant à peu près aux CA et CD. Dans son ensemble il peut être déjeté à droite ou à gauche, ou insinuer certaines de ses franges entre les anses grêles.

Histologiquement, c'est un *voile séreux* infiltré de graisse, tapissé d'endothelium sur ses deux faces, affectant une étroite parenté avec les éléments lymphatiques, et pourvu lui-même d'un *riche réseau de vaisseaux blancs*.

Physiologiquement, l'épiploon est le *grand défenseur de la cavité abdominale* : « *énorme ganglion lymphatique, amiboïde et intelligent* », étendu comme un filet mobile et doué, en tant que diverticule de la séreuse péritonéale de toutes les propriétés des séreuses : *rôle plastique*, sur l'importance duquel *Terrier, Broca et Dieulafoy* attireraient l'attention dès 1894, dans l'appendicite perforée, et qui en fait le protecteur des viscères en voie d'ulcération et permet de le considérer comme une sorte de *tissu de réserve*, auquel l'organisme a recours pour combler une brèche ou limiter une lésion. *Action antitoxique et bactéricide*, par balayage et groupement des germes et des corps étrangers nocifs, et fixation en milieu fibrineux. Ce rôle de *localisation antitoxique* est *plus spécial à l'épiploon* qu'au péritoine pariétal. *Roger* a noté que l'ablation totale de l'épiploon diminue considérablement la résistance du péritoine, et *Habart* et *Olos* ont signalé des cas d'amaigrissement grave chez des malades ayant subi une résection considérable de l'épiploon : *un épiploon sain doit être soigneusement conservé*, sauf si on a la main forcée par une adhérence.

Anatomie pathologique des épiploïtes chroniques

I. — Formes libres témoignent d'un processus scléreux et fibro-graisseux qui débute par une teinte rosée, par *placards* progressivement granuleux, puis, sous forme de *plaques granitées* éparpillées dans la trame épiploïque surtout dans sa portion droite et sur son bord libre où elles constituent ce qu'on a appelé *la traînée de bordure*, assez épaisse parfois pour être perceptible à la main à travers la paroi et donner une sensation de cuir. A la *face postérieure* des segments épiploïques enflammés on peut aussi trouver des brides scléreuses entrecroisées en tous sens et constituant ainsi des *nœuds de rétraction* ; enfin des *noyaux* où se produisent des poussées inflammatoires subaiguës ; dans les cas de développement avancé on découvre de véritables *plaques nacrées* caractéristiques.

Letulle décrit ainsi la structure histologique de ces lésions : « *noyaux épiploïques gorgés de sang à contour brun jaunâtre, avec îlots de sclérose à la surface et dans la profondeur, présentant une dureté spéciale sous le doigt.* Ces placards sont riches en cellules fixes, les vaisseaux y sont rares, mais on trouve souvent du pigment ferrugineux incrusté dans les tractus conjonctifs et entre les cellules fixes ; le plus souvent pas trace de pus.

Il existe d'autres formes : *Hémorragique à grains noirs*, *hypertrophique graisseuse*, elles sont beaucoup moins fréquentes.

II. Formes adhésives. — Dans ces formes une portion enflammée de l'épiploon contracte des adhérences lâches ou serrées avec :

1) le *péritoine pariétal de la paroi antérieure*, soit au niveau du caecum, soit dans quelques cas sur une

ancienne cicatrice d'incision opératoire, soit plus bas un peu au-dessus du pubis (trois cas de *Glénard* en 1885 avec symptômes prédominants de dyspepsie gastrique et enteroptose) ;

2) *le caecum lui-même*, sur sa face antérieure, ou sur tout ou partie du *colon ascendant* — *rarement sur l'appendice lui-même* ou un moignon appendiculaire — parfois sur la cicatrice caecale d'appendicectomie (observation n° 5) ou encore sur la fin de l'iléon (observation n° 33) ;

3) *les deux branches de l'angle colique droit*, cravatées et enveloppées et dans certains cas *accolées l'une à l'autre* — *en canons de fusil de chasse* — avec prolongement possible jusqu'à la paroi latérale ou renforcement en une bride remontant jusqu'au rein droit, (bride prérenale) (sur 170 épiploïtes chroniques adhérentes Walther public 71 cas de ce genre) ;

4) *sur le colon transverse*, en petites languettes graisseuses et fibreuses formant viroles ou tunnel, et productrices de spasmes, et cela d'autant plus que sur la face postérieure du C. T. on note parfois une rétraction des entrecroisements fibreux et que l'épiploon dans son ensemble tend à plicaturer le C. T. par rétraction progressive vers le haut.

Ces formes d'épiploïte chronique sont en somme une *variété de pericolidé antérieure* et constituent l'une des voies de la propagation aux deux carrefours iléo-caecal et sous-hépatique, des inflammations appendiculaires et caecales.

Pathogénie des lésions et des symptômes. — Lors d'une *crise aiguë d'appendicite* ou de *perityphlite*, l'épiploon se porte vers la fosse iliaque droite pour y établir des

adhérences protectrices et limiter une perforation possible ; s'il est envahi à son tour par propagation il se congestionnera et deviendra le siège d'une crise d'épiploïte aiguë dont les lésions pourront disparaître après l'accès appendiculaire ou colitique lui-même ; dans ces cas d'ailleurs on n'observerait jamais, selon Walther, le passage à la forme chronique.

Dans les *appendicites et les colites chroniques*, les épiploïtes se constituent, soit par *passages des microbes à travers les parois intestinales* sans effraction de celles-ci (les expériences de Kloecki l'ont établi pour l'appendice et le péritoine en l'absence de toute perforation), soit *par la voie lymphatique*, les lymphatiques du C. T. notamment communiquant largement avec ceux du grand épiploon (voir Thèse Durozelle, Paris 1918) ou par l'intermédiaire du *ganglion de Clado* ; enfin dans quelques cas on peut admettre une marche de l'infection à travers les *voies veineuses* (Descomps).

Lorsque l'épiploïte se déclare *après une intervention chirurgicale* on est en droit de supposer que celle-ci a constitué le coup de fouet réveillant un microbisme latent ; l'influence opératoire intervient également si on a réséqué par mégarde une portion saine de l'épiploon ou par l'action d'un fil de soie non résorbé, (obs. n° 18) ou d'un calgut mal stérilisé. Dans les opérations à chaud ou à tiède, il arrive que le processus inflammatoire de la typhlo-colite ou de l'appendicite ou des deux réunis, n'étant pas complètement éteint, se poursuive dans l'épiploon et se développe alors rapidement.

Dans les *formes* sur lesquelles notre maître *Enriquez* a insisté avec *Faisans*, où l'épiploïte *simule cliniquement la tuberculose pulmonaire au début*, le syndrome dépend

non d'une lésion exclusive du segment iléo-cæcal mais d'un processus inflammatoire chronique envahissant tout le système lymphatique épiploïque et péri appendiculaire (avec ganglions inflammatoires péri iléo-cæcaux) (observation 37) et rate parfois visible sous l'écran.

L'épiploon d'ailleurs subit vraisemblablement une hyperactivité fonctionnelle générale qui le surmène dès la période de toxémie colitique ou appendiculaire précédant les accidents locaux.

Les *symptômes dyspeptiques et nauséeux* sont d'ordre réflexe par irritation séreuse abdominale, mais sont souvent accentués par l'action mécanique du grand épiploon épaissi, alourdi et retracté ou adhérent dans ses portions inférieures, *action mécanique s'exerçant directement sur la grande courbure de l'estomac*: Delbet et Walther en ont publié plusieurs observations.

Quant à l'évolution des épiploïtes chroniques, elle est lente et insidieuse avec les allures cliniques d'une appendicite à répétition, et persistant parfois après ablation ou sclérose de l'appendice (*post-appendicite, de Walther — sequelles d'appendicectomie, d'Enriquez*). — Mais il arrive que la seule résection de l'épiploon enflammé guérisse les douleurs alors qu'il était impossible d'enlever un appendice muré d'adhérences (2 observations de Quénu 1893). Les *adhérences épiploïques* lentement formées, présentent en elles-mêmes un pronostic benin vu leur *tendance à demeurer localisées*, et leur caractère moins dense et moins serré que les brides des pericolites membraneuses anciennes. Les lésions scléreuses libres de l'épiploon peuvent aussi aboutir à une *lente résorption*, ainsi que Tuffier en a signalé plusieurs exemples.

Aspects cliniques. = 1. Avant toute intervention sur l'abdomen, l'observation des épiploïtes nous fournit :

A) Un tableau clinique très voisin de celui de l'appendicite chronique simple. — Les troubles dyspeptiques, les douleurs abdominales et iliaques spontanées n'ayant pas de caractère bien distinctif, quoiqu'elles se rapprochent de l'ombilic (douleurs lancinantes avec *sensation de constriction périombilicale* dans nos observations 6 et 7) — absence de constipation dans certaines épiploïtes libres. — *Etat nauséux plus constant, plus tenace que chez les appendiculaires purs*, sans atteindre d'habitude le vomissement vrai, fréquemment à type matinal et augmenté dans la position debout et par la palpation du colon droit. *Les coliques pseudo appendiculaires* (observation n° 11) sont simulées par des poussées congestives inflammatoires dans les noyaux épiploïques, avec contracture inconstante ; dans les *cas mixtes nombreux*, il est difficile de déterminer à partir de quel moment la lésion épiploïque ajoute ses symptômes à ceux de l'appendicite : *Levrey* cite cependant l'observation d'un malade de ce genre chez lequel la dernière crise abdominale ayant coïncidé avec la formation d'adhérences épiploïques fut plus douloureuse que les précédentes et accompagnée de constipation tenace et de vomissements alimentaires abondants. A l'intervention on découvre parfois un appendice refroidi ou à peu près sain alors que les lésions inflammatoires de l'épiploon sont nettes et d'apparence subaigue récente.

A l'examen, la pression provoque une *douleur répartie en plusieurs points* plutôt qu'unique et profonde, *nette au*

bord interne du caecum et du C. A. suivant une ligne ascendante vers le foie, à deux travers de doigt en dehors de l'ombilic (à la radioscopie même série de points douloureux le plus souvent en dedans de l'image caeco-colique), les irradiations se font vers l'ombilic et l'angle colique droit : dans l'observation n° 6 nous les avons notées vers l'aîne et la face interne de la cuisse.

Après les repas parfois sensation d'une *barre transversale* douloureuse au niveau de l'hypogastre (*Haller*).

Il ne faut pas méconnaître cependant *les formes d'épiptoïtes chroniques libres où c'est le mauvais état général qui prédomine* avec amaigrissement progressif, stigmates d'hypoglobulie, légère fièvre vespérale ou après un effort physique, (37·8 à 38·2) : il y a *effacement des symptômes abdominaux* et en somme *toxémie torpide* avec réactions générales sourdes du système neuro-végétatif. Le point de départ de l'inflammation séreuse et la traduction abdominale de celle-ci peuvent échapper au médecin qui pense à de la chlorose chez une jeune fille, ou à une bacillose insidieuse : un examen fouillé de l'abdomen avec radioscopies en série lui permettra de caractériser par les réactions locales douloureuses la toxémie chronique qui les a précédés et enveloppés, et même lorsque l'appendice est reconnu lésé à l'opération, qu'il n'est pas seul en cause. *Deux malades anciens du Dr Enriquez* (dont les observations détaillées nous manquent) après *appendicectomie inopérante* furent ainsi envoyés l'un en Italie, l'autre à Davos pour une *bacillose inexistante*, à cause de la persistance du mauvais état général et des petits poussés thermiques le soir. La cure d'air et le repos n'ayant pas davantage apporté d'amélioration, on fit une nouvelle série d'exa-

mens cliniques, radiologiques et hématalogique, qui conduisit à une seconde intervention : dans un cas *Walther* trouva une épiploïte très étendue avec péricolite adhésive associée ; dans l'autre. *Gosset* dut réséquer de larges placards d'épiploïte : la guérison fut ensuite rapide et définitive chez les deux malades.

Nous insérons aussi l'observation n° 13 (*citée par G. Laroche et Romeaux*) d'un jeune homme de 20 ans chez lequel la présence d'une zone douloureuse diffuse à droite et au-dessous de l'ombilic, et avec point maximum nettement indépendant des mouvements du caecum, à la radioscopie, fit redresser un diagnostic incomplet d'appendicite simple ; la résection de l'épiploon malade assura la guérison du malade précédemment traité comme tuberculeux.

B.) des signes cliniques abdominaux plus marqués en faveur d'une réaction séreuse épiploïque à droite avec probabilité d'adhérences. Ici constipation aiguë avec ou sans débâcles diarrhéïques et selles muqueuses (colite secondaire); même série de points douloureux sur le caeco-colon, à la pression et en plus malaise nauséux accentué lorsqu'on palpe profondément l'angle sous-hépatique et qu'on essaie de le mobiliser latéralement (*obs. 41*) mais surtout tiraillement douloureux dans le flanc et la fosse iliaque à droite lorsque le malade réalise une *hyperextension du thorax sur le bassin* en redressant et en *cambrant la taille* au maximum ou par des mouvements de rotation du tronc : ce signe est caractéristique des épiploïtes adhésives comme des péricolites velamenteuses, il est provoqué par l'étirement des adhérences et des néoformations séreuses constituées : nous le retrouvons plus loin.

L'extrême sensibilité de l'épiploon enflammé mise en évidence par cette petite manœuvre d'élongation est souvent confirmée à l'opération où, en pleine anesthésie profonde, la préhension et la résection des zones malades provoque les gémissements du patient.

Enfin le diagnostic positif est plus que de probabilité lorsque la main perçoit dans la fosse iliaque une *tuméfaction renitente en petit gâteau allongé ou en corde* (*corde épiploïque. Haller*) à grand axe vertical ou oblique vers l'ombilic : cette tuméfaction due à un épaissement scléreux avec rétraction du bord droit du grand épiploon est mate et ne s'accompagne pas de vomissements ni de hoquets, inconstamment de température (38° 2)

Suivant le niveau de leur adhérence au colon droit ou à la fin du grêle, ces paquets d'épiploïte adhésive occasionnent selon les cas : de la stase iléale, de la stase caecale avec dilatation par obstacle sur le C. A. ou une sténose fruste de l'angle colique droit enveloppé et fermé. La radioscopie joue ici un rôle décisif pour *préciser la localisation* de l'obstacle à la progression colique.

La formule sanguine est à *prédominance mononucléaire*, et il y a une *légère augmentation des globules blancs*.

Observation n° 6, (Service du Dr Enriquez). — Appendicite scléreuse — Epiploïte libre.

Mlle P... 27, sans profession. Thyphoïde 1914, jaunisse à l'âge de 9 ans.

Le début de l'affection semble remonter à 2 ans environ : le Prof. Legueu diagnostiqua à ce moment « appendicite chronique » — la malade n'a jamais présenté de crise aigue,

mais des troubles dyspeptiques très irréguliers, avec pesanteur épigastriques après les repas, et *sensation de constriction périombilicale* ; régurgigations amères, fréquentes — quelques nausées alternatives de constipation et de diarrhée ; appétit assez régulier — pas d'amaigrissement notable. ; on doit signaler en outre des *douleurs spontanées à droite*, dans la position debout ou le décubitus latéral droit, à *forme lancinante*, au-dessous de la crête iliaque en arrière et en dedans des épines iliaques en avant avec *irradiation dans l'aîne* et la *face interne de la cuisse droite*.

Examen clinique ; janvier 1921).

A la palpation de l'abdomen, contraction de la paroi à droite avec point de Mac-Burney nettement douloureux, autres points plus légèrement douloureux, au rebord costal droit, dans la région vesiculaire et à l'épigastre supérieur ; rein droit ptosé, douleur à la pression profonde de l'hypoconde droit.

Examen du sang.

24 janvier — 14 h. du matin 3 h. du soir 25 janvier 3 h. du s.

G.B. : 7.200

Formule leuco- cytaire	Poly..... 50	Poly..... 48	Poly..... 38
	Mono..... 23	Mono... 26	Mono.... 39
	Lympho.. 24	Lympho 23	Lympho. 18
	Eosi..... 3	Eosi..... 3	Eosi..... 5
		47	49
			57

Examen radioscopique. Position debout — Estomac tonique et hyperkinétique à contractions hautes et profondes. Visibilité persistante du duodenum.

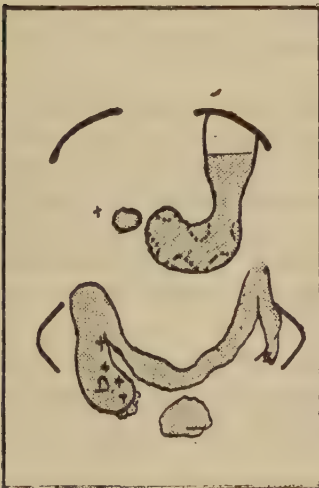
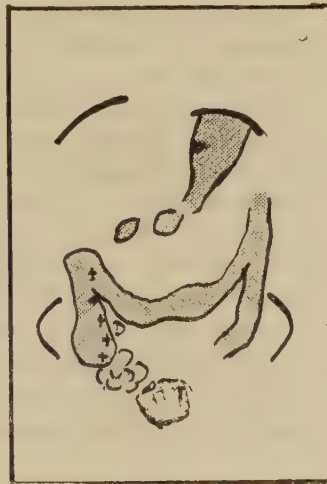


FIG. III. Position debout



Decubitus Dorsal

Decubitus dorsal. Estomac un peu étiré à droite, douleurs vives à la palpation du caecum et du bord interne à l'abouchement de l'iléon : légère stase iléale, le caecum remonte facilement ; il existe une série de points douloureux étagés le long du bord interne du colon ascendant.

Diagnostic clinique : *appendicite chronique avec épiploïte.*

Compte-rendu opératoire (31 janvier 1921, Prof. Gosset). — Incision de Mac-Burney on amené au dehors un caecum normal portant un gros appendice, long, dilaté à sa partie moyenne, lipomateux et scléreux à sa pointe, écrasement et enfouissement.

Terminaison de l'iléon normale sur 20 centimètres.

Epiploon malade, grenu, : résection en 6 paquets.

Suites opératoires normales.

Malade revue : crampes douloureuses en barre épigastrique, pendant 15 jours, puis amélioration progressive très nette.

Formule leucocytaire (Mars 1922) : Poly....., 59

Eosi..... 2

Mono .. 30

Lympho. 9 } 39

Donc : *Modification sensible dans le nombre des mononucléaires.*

Observation n° 7 (Service du D^r Enriquez). — Appendicite chronique epiploïte libre.

Madame Lec.... 40 ans, ménagère.

La malade soignée sans résultat à la Salpêtrière pour migraines, est envoyée à la consultation de la Pitié pour examen du tube digestif.

Elle se plaint de douleurs abdominales ayant débuté il y a 6 ans et se présentant sous forme de *points lancinants dans la fosse iliaque droite* avec exagération dans la position debout et pendant un effort. — Pas de crises aiguës mais *état nauséux permanent* — constipation habituelle sans débâcles diarrhéiques. aorte pulsatile et fortes migraines. *Troubles vasos-moteurs avec épistaxis.* Réflexes vifs. Tension artérielle maximum : 16. Traces de scatol dans les urines.

Examen radioscopique. Légère ptose gastro-colique, douleur peu marquée au point d'implantation appendiculaire, plus vive le long du bord interne du caecum, légère stase iléale.

Examen du sang. G. B. : 9.600.

Formule leucocytaire (sang sec)	{ Polynucléaires : 61 Mononucléaires : 31 Eosinophiles : 4
------------------------------------	--

Opération 10 juillet 1917 (D^r Pascalis). — Appendice long et grêle, coudé à la partie moyenne avec méso très gras, ablation, Résection sur une étendue de quatre travers de doigt d'un épiploon très enflammé dans sa portion droite.

Observation n° 8. (Service du D^r Enriquez). — Appendicite scléreuse — épiploïte droite.

Mlle Dupl.... Solange, 42 ans, giletière, salle Lamy.

Cette malade vient consulter pour la première fois en mai 1920 pour des douleurs gastriques remontant à 18 mois et qui ont évolué à côté d'une métrite récemment soignée et guérie à l'hôpital Necker.

Actuellement : le matin à jeun, aigreurs, pituite, quelques rares vomissements, anorexie non élective ; après les repas, malaises constants avec pesanteur à l'épigastre et éructations abondantes qui soulagent la malade, nausées autrefois tardives, maintenant plus précoces ; constipation opiniâtre.

A l'examen : malade non amaigrie, mais très nerveuse, aérophagie constatée ; à l'abdomen : sensibilité épigastrique légère, pas de clapotage à jeun, pas de péristaltisme visible ; douleur juxta-ombilicale diffuse, mais surtout douleur provoquée et spontanée de la fosse iliaque droite.

G. B 7.000

Formule leucocytaire	{ Poly....., 58 Eosi....., 2 } 60 Mono....., 27 } Lympho., 13 } 40
----------------------	---

Examen radioscopique : estomac atone, légèrement dilaté et ptosé, pas de sensibilité pylorique ; caecum ptosé dans l'examen debout, et demeurant bas situé dans le decubitus dorsal ; douleur à la pression sur le bord interne du caeca-colon ascendant transit intestinal normal.

Diagnostic clinique ; appendicite et épiploïte.

Opération 27 octobre 1920 (P^r Gosset). — Appendice blanc, scléreux, à méso gras, ablation par écrasement et enfouissement ; iléon normal ; épiploon très nettement enflammé dans sa portion droite, résection en cinq paquets.

Malade revue 4 mois après : en très bon état.

Observation n° 9. (Service du D^r Enriquez) — Gros appendice scléreux épiploïte totale.

Mme Drag.... Célestine, 50 ans, blanchisseuse.

Souffre depuis 7 ans de digestions pénibles avec étouffement et ballonnement épigastrique de suite après les repas — ni renvois, ni vomissements mais *état nauséux fréquent* ; constipation habituelle coupée de périodes de fausse diarrhée. Dans le passé : quelques gripes, un enfant mort-né, pas de fausse-couche, ménopause il y a trois ans ; depuis, vertiges, éblouissements, alimentation normale, pas de caféisme.

Examen clinique : algie diffuse de tout l'abdomen, avec maximum dans la région caecale.

Examen radioscopique. Position debout : douleur solaire, estomac d'aspect normal, *douleur caccale*.

Decubitus dorsal : points douloureux entre le bord interne du segment caeco-colique ascendant et la colonne vertébrale.

Examen du sang : Globules blancs 11.420.

<i>Formule leucocytaire</i>	Poly.....,	58	{	38
	Eosi.....,	4		
	G. Mono.,	18		
	M. Mono.,	16		
	Lympho.,	4		

Diagnostic clinique : appendicite chronique, avec épiploïte.

Opération (17 juillet 1920 (Prof. Gosset). — Longue incision sur le bord interne du muscle droit ; *appendice très scléreux*, augmenté d'épaisseur dans son tiers inférieur, à méso grassex : ablation par écrasement ; caecum et iléon normaux, rien au pylore ; *l'épiploon est très malade, grenu, lourd, très épais* : on le résèque d'un bout à l'autre, par ligature au catgut en huit paquets.

Observation n° 10. (Service du D^r Enriquez). — *Appendice retro-caecal juxta pylorique, épiploïte totale.*

Madame Bu..., 63 ans ; salle Lamy.

La malade vient à la consultation du D^r Durand, en septembre 1920. Pas d'antécédents pathologiques personnels : Bien portante jusqu'en 1918, à cette époque *athénie générale progressive avec douleurs lombaires*, puis plus récemment. apparition de digestions difficiles avec *sensation de plénitude dans l'hypocondre*

droit, et douleur épigastrique surtout à droite, survenant immédiatement après le repas et durant une heure environ.

Pas de vomissements, mais parfois, au milieu des repas, *état nauséux* et regurgitations acides : ces derniers symptômes ne datent que de trois semaines ; en même temps amaigrissement considérable, sans que la malade ait réduit ni notablement modifié son alimentation habituelle.

A l'examen clinique : paroi abdominale souple, points douloureux à deux travers de doigt à droite de l'ombilic, et dans la fosse iliaque droite ; légère défense musculaire à l'épigastre ; la malade amaigrie est soignée médicalement pendant 2 mois, sans amélioration notable ; elle entre dans le service du Docteur Enriquez, salle Lamy, au début de décembre en vue d'un examen plus complet et éventuellement d'une opération.

Examen radioscopique : spasme au cardia ; *estomac atone et ptosé* ; étirement du segment moyen, le fond est à deux travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques ; dans le décubitus dorsal, visibilité gastrique à peu près totale hormis un segment prepylorique ; *arrêt du repas opaque en une ombre large au niveau du duodénum* : douleur en cette région ; *la première portion du transverse est couché sur le caecum* : les deux ombres se chevauchent même dans le décubitus et sont mal dissociables à la main sans l'écran ; sensibilité au fond et au bord interne du caecum.

Diagnostic clinique : appendicite avec *épiploite probable* ; voir les carrefours.

Compte-rendu opératoire. (Prof. Gosset. 13 déc. 1920.)

Laparatomie médiane sus-ombilicale ; exploration du carrefour supérieur : vésicule un peu plus blanche que normalement, sans calculs ; estomac disloqué, sans ulcère au pylore, ni au duodénum ; on va au caecum et on trouve *un appendice retrocecal, scléreux et dont la pointe remonte jusqu'à l'angle colique droit, tout près de la région pylorique* : ablation par écrasement et enfouissement ; la terminaison de l'iléon est normale ; *l'épiploon lourd, grenu, malade, est réséqué en totalité* en neuf paquets liés au catgut.

Suites opératoires : simples.

Malade revue ; cinq mois plus tard : engraisée, ne souffrant plus.

Observation n° 11. (Service du D^r Enriquez). — *Appendice retro-caecal enflammé, caecum fixe, épiploïte.*

Madame Bur... 33 ans, posticheuse : (salle Lamy.)

La malade entre à l'hôpital au début d'avril 1917 pour des douleurs dans la fosse iliaque droite et des troubles digestifs ; antécédents personnels ; rougeole à 15 ans ; une fausse couche de trois mois ; un enfant vivant ; il y a trois ans début par des douleurs lombaires et des crampes d'estomac survenant la nuit vers deux heures du matin et réveillant la malade, durée moyenne, une heure ; en outre quelques céphalées et *nausées fréquentes, sans vomissements* ; pas d'anorexie, mais *constipation opiniâtre* ; amaigrissement de 10 kilogs en trois ans ; depuis deux mois, douleurs plus vives à l'épigastre et dans la fosse iliaque droite ; trois crises successives en deux jours, durant chacune deux heures environ et calmées seulement par un fer chaud ; depuis cette époque *endolorissement à peu près continu dans la fosse iliaque droite* ; peu de temps après son entrée dans le service et de suite après une période de règles, la malade présente une nouvelle crise avec 39°, état nauséux, et *plastron caecal*, qui disparaît complètement en quelques jours sans laisser de traces ; à la percussion et à l'inspection, au début de mai, on ne retrouve plus qu'une défense de la paroi au niveau du caecum et un point de Mac Burney sensible

Examen radioscopique : foie gros et irrégulier ; estomac sous-hépatique déformé ; le bismuth ingéré la veille se retrouve en grande partie dans le colon ascendant (donc retard dans le transit au niveau du segment caeco-colique 18 heures,) douleur au bord interne du caecum ; celui-ci ne remonte pas quand le malade se couche ; points douloureux un peu en dedans du colon ascendant.

Diagnostic clinique : *appendicite ; retard de transit intestinal, épiploïte.*

Opération (D^r Pascalis) : *développement et inflammation marqués de l'épiploon qui occupe une place considérable à droite (sans adhérences) ; résection en paquets ; pas de péricolite, mais par contre caecum fixé par appendice long et coudé, retro-caecal enflammé ; ablation difficile.*

Suites opératoires : la malade qui avait présenté encore deux mois après l'opération du pyrosis et une douleur dans l'hypo-

condredroit a été radioscopiée à nouveau; on trouve de l'aerocolie gauche, et un caecum indolore, vide après 16 heures ; *un an plus tard, la malade revue a repris 12 kilogs, et est très améliorée.*

Observation n° 12. — (Service du Dr Enriquez); Appendice retro-caecal fixé ; épiploïte.

Madame Bar..., 33 ans ; souffre depuis trois ans de douleurs abdominales diffuses, surtout la nuit avec *crampes à l'épigastre et état nauséux* très fréquent ; céphalées, constipation opiniâtre, amaigrissement : 6 bilogs.

A la consultation du Dr Enriquez (12 avril 1917, on trouve une fosse iliaque sensible avec douleur au caecum et *légère défense de la paroi.*

Examen Radioscopique : douleur à la région d'implantation appendiculaire ; *caecum fixé en bas ; pas de coudure iléale.*

Examen du sang : Numération des G.B. : 10.900.

Formule leucocytaire	{	Polynucléaires	54
		Mononucléaires	42
		Lymphocytes	
		Eosinephiles	

Opération (Dr Pascalis) (12 mai 1917). *Appendice retrocaecal très enflammé ; caecum fixé ; épiploon lourd, très développé, très enflammé ; ablation.*

Observation n° 13. — Epiploïte simulant une tuberculose au debut.
(Citée par Guy Laroche et Romeauv. Presse médicale, 8 avril 1921).

Jeune homme de vingt ans, pas de passé pathologique ; depuis quelques mois amaigrissement de 4 à 5 kilogs, anorexie, crises de diarrhée passagère et vertiges ; par suite de la présence d'une induration cicatricielle au sommet droit le malade, malgré l'absence de fièvre, était soigné pour une tuberculose pulmonaire légère.

A l'examen : zone douloureuse à la palpation de l'abdomen depuis le milieu de la ligne iléo-ombilicale jusqu'à l'ombilic ; *point de Morris très net.*

Sous l'écran radioscopique : ce point douloureux maximum est nettement indépendant du gros intestin et se montre

fixe, alors que le caecum remonte et ne présente d'autre part aucune zone sensible ; l'absence de points douloureux à gauche et les signes fonctionnels font porter le diagnostic clinique « *d'appendicite chronique avec épiploïte probable* ».

Opération (D^r Toupet) : appendice fibreux, avec adhérences lâches ; épiploïte considérable, nécessitant une large resection ; le malade revu après cinq mois, était en excellente santé.

II. *Après une appendicectomie*, et suivant un intervalle de calme variant de quelques semaines à quelques années, le médecin est surpris de voir son malade revenir se plaindre des mêmes troubles douloureux de l'abdomen et du même état général affaibli qu'avant l'ablation subie. Celle-ci, opérée à travers une *petite incision dite esthétique* semble même dans quelques cas avoir déclenché une *recrudescence des algies de la fosse iliaque, de l'état nauséeux* et de la *constipation* (observations n° 15 et 57 bis) ; on note parfois la persistance de *crises paroxystiques* avec température vespérale (observation n° 18) : (*crises pseudo-appendiculaires de Quénu et Walther*) qui correspondent en fait à des poussées inflammatoires dans les noyaux épiploïques déjà constitués ou à des coliques caecales par péristaltisme entravé.

A la palpation la douleur se répète le long du bord interne du segment caeco colique, au *niveau de la cicatrice opératoire* qui peut être spontanément sensible, et *entre celle-ci et l'ombilic*. — Dans le cas où l'intervention a donné un coup de fouet au processus inflammatoire on ressent une légère défense pariétale ou l'on perçoit sous les doigts une tuméfaction à *consistance de cuir* ou indurée, sans que ces formes soient pour autant plus douloureuses (*Observation n° 28*). Vraisemblablement ces lésions de péri-appendicite ont

fréquemment passé inaperçues du chirurgien au moment de l'opération faute d'une incision suffisante ou d'un examen systématique de la région de l'anse iléo-caecale ; ou bien elles n'ont pas été touchées par prudence vu la difficulté de l'excision dans les néo-formation épaissies et serrées (observation n° 25) ou encore par crainte de *récidive rapide*. Nos malades des observations 16 et 16 bis ont en effet dû subir l'un 4, l'autre 3 interventions pour un épiploïte postappendiculaire adhérente au caecum : chez la première la mobilisation des adhérences et la difficulté de la contraction du colon droit provoquait un spasme colique à peu près permanent avec *garde-robes très pénibles* ; chez la seconde la rétraction probable de l'épiploon adhérent rendait la marche difficile autrement *que penchée en avant* et produisait une *légère claudication droite avec douleur dans la hanche correspondante* (sans arthrite) : ce signe d'attitude est à rapprocher de la douleur à l'hyperextension du tronc, à l'élévation des bras que l'on rencontre aussi dans les péricolites velamenteuses.

Les *associations de lésions péricoliques* après appendicectomie ne sont d'ailleurs pas exceptionnelles, et nous avons noté à la radioscopie chez les sujets la fréquence d'une *stase iléale* due à de la diffusion de l'épiploïte au carrefour iléo-caecal (observations n° 21, 22, 23, 24), avec coudure ou seulement secondaire à de la stase caecale (obs. 15) avec dilatation, par bride épiploïque sus-caecale.

Malheureusement *le plus grand nombre de ces opérés* déçus et mécontents *refusent une seconde intervention* lorsqu'on la leur conseille après un examen clinique

et radiologique assez complet pour permettre de porter le diagnostic de « *séquelle épiploïque d'appendicectomie*, » c'est ainsi que parmi les 15 observations qui suivent 6 seulement comportent une confirmation opératoire.

Observation n° 14. — (Service du D^r Enriquez). — Sequelles d'appendicectomie épiploïte libre.

Mme Flo..., 37 ans, infirmière.

Cette malade entre à l'hôpital en juin 1920, parce qu'elle souffre de l'estomac.

Angines fréquentes dans la jeunesse, pas de fausse-couche. A 22 ans, *crise douloureuse aiguë dans la fosse iliaque droite* : sédation par la glace et la diète ; six mois plus tard, réapparition des douleurs ; un médecin conseille une opération immédiate : *appendicectomie simple*, suites opérations normales et pendant trois ans, état général et fonctions gastro-intestinales satisfaisants, puis retour de digestions très pénibles avec malaise épigastrique, nausées et renvois acides fréquents ; jamais d'hématémèse, mais la malade dit avoir eu des selles très foncées.

Plusieurs traitements institués n'ont produit aucune amélioration depuis trois mois, asthénie générale plus accentuée, céphalées, palpitations, amaigrissement récent.

A l'examen : état général assez bon, ventre souple dont la palpation n'est douloureuse qu'à 4 cm. à droite de l'ombilic.

Examen du sang. Numération des G. R. : 4.774.000.

hémoglobine : 80 o/o.

Numération des G. B. : 8.196.

Formule leucocytaire	{	Polynucléaires, 58.	{	41
		Eosinophiles, 1.		
		G. Mononucléaires, 22		
		M. Mononucléaires, 16		
		Lymphocytes, 3		

donc mononucléose.

Examen radioscopique (25 juin 1920). — Région pylorique douloureuse et *visibilité duodenale prolongée, estomac hyperkinétique*, douleur le long du bord interne du caeco-colon ; on ouvre difficilement l'angle colique droit.

Diagnostic clinique et radiologique : sequelles d'appendicectomie épiploïte ; voir le carrefour supérieur.

Opération (D^r Gosset, 16 juillet 1920), laparatomie latérale : fin de l'iléon normale, résection en huit paquets d'un épiploon malade, épaissi et lourd, sans adhérences, rien au pylore, ni à la vésicule.

Observation n° 15. — (Service du Docteur Enriquez). *Sequelle d'appendicectomie, épiploïte adhérente ; malade réopérée.*

Madame Sonia Sch., 24 ans, (salle Lamy, n° 1).
Appendicectomie à froid en 1912. — Ne ressentait auparavant que quelques vagues douleurs dans la fosse iliaque droite avec constipation opiniâtre (six jours sans selle).

De 1913 à 1920, la malade a souffert légèrement et de façon irrégulière dans le ventre surtout au niveau de la cicatrice opératoire. Depuis un an, douleurs plus fréquentes et plus prolongées surtout localisées à la fosse iliaque droite, sans irradiations. Après les repas pesanteur à l'épigastre avec tiraillements et nausées ; pas de vomissements ; l'état général est resté assez bon, mais la malade se plaint de céphalées fréquentes, violentes, prolongées, à type frontal cédant pendant le sommeil.

Examen radioscopique : fixité marquée du caecum, retard iléal dix heures après, repas baryté), douleur accusée le long du bord interne du caecum et du colon droit, dans les deux positions.

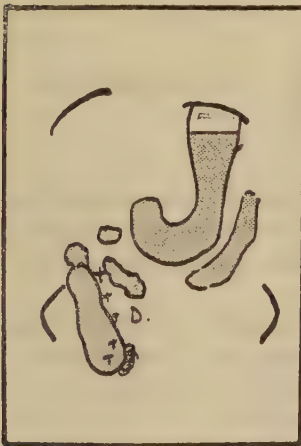
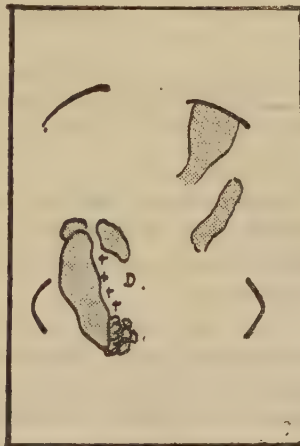


FIG. IV. Position debout



Decubitus dorsal

Examen du sang G. R. : 4.185.000.

(21 octobre 1920) G. B. : 13.878.

Formule leucocytaire	{	Polynucléaires, 63.	}	32
		G. Mono. 9		
		M. Mono. 14		
		Lympho. 9		
		Eosi. 5		

Le Dr Enrieux porte le diagnostic d'*épiploïte adhésive, sequelles d'appendicite*.

Compte-rendu opératoire. (23 octobre 1920, Dr Gosset. —

Incision elliptique circonscrivant l'ancienne cicatrice cutanée que l'on résèque. On trouve une *bride épiploïque qui adhère au caecum, celui-ci est légèrement dilaté*, l'iléon est normal.

Il existe une *épiploïte générale marquée*, surtout dans la moitié droite, résection en cinq paquets liés au catgut.

Suites opératoires : normales.

La malade deux mois après, présentait un état général excellent, avec persistance d'une légère constipation. On notait la disparition des *eosi* de la formule leucocytaire ; la décroissance de l'hyperleucocytose et des mononucléaires.

2 décembre 1920. G. B. : 11.200.

Polyn, 68.

Eosi., 0.

Mono., 28.

Lympho., 4.

Observation n° 16. (Prof. Lardennois). — *Sequelle d'appendicectomie, deux récidives d'épiploïte adhésive.*

Mlle Gu., 19 ans.

Appendicectomie simple en 1917 ; la malade ayant continué à souffrir, fut réopérée en 1919 ; on trouve alors un *moignon appendiculaire avec des adhérences et un épiploon enflammé qu'on résèque partiellement*.

Deux semaines après la malade recommence à souffrir dans la fosse iliaque droite, digestions difficiles avec douleur épigastrique, *état spastique* à peu près permanent du cadre colique ; *détéfaction très pénible* ; *état subfébrile fréquent*.

Examen radioscopique : *caecum ptosé, à fond fixé* ne remontant pas dans le décubitus ; avec un *point douloureux très net* ; l'ombre

de l'ensemble du caecum est floue avec plusieurs taches ; pas de stase iléale.

Opération (31 janvier 1921). (Prof. Lardennois). — Anesthésie au protoxyde d'azote ; laparatomie médiane ; *Multiplés adhérences de l'épiploon enflammé avec la paroi abdominale, le caecum et le colon ascendant* ; libération des adhérences, mise en place d'une greffe épiploïque libre ; suites opératoires : simples. La malade est revue après quatre mois en bon état.

Observation n° 16 bis. (Service du D^r Enriquez). — *Sequelles : adhérences épiploïques au caecum, quatre récidives, périviscerite inférieure.*

Mme Marie-Louise Fo..., 32 ans, gouvernante.

Cette malade vient une première fois à la consultation du D^r Durand en mai 1919 ; elle a souffert depuis 1914, de douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite, avec nausées, constipation et débâcles diarrhéiques.

Opérée de l'appendicite en 1917 et à trois reprises ensuite, en deux ans, pour des adhérences épiploïques au caecum ; la dernière intervention date d'il y a deux mois ; douleur à peu près continue de tout l'abdomen, avec nausées fréquentes ; douleur à l'épigastre une heure après le repas ; trois selles liquides par jour avec glaires et peaux.

Examen clinique : malade amaigrie, à teint cholémique ; sensibilité à la pression de l'épigastre, hyperesthésie diffuse à toute l'abdomen ; vive douleur à la palpation de la fosse iliaque droite.

Radioscopie : pas de trouble d'évacuation gastrique ; *masse caeco-colique extrêmement douloureuse.*

La malade est alors opérée en juin 1919, par le Prof. Gosset, (à la Salpêtrière), qui libère de *nouvelles adhérences épiploïques au côté gauche du caecum.* Elle revient le 16 novembre 1919 à la consultation du service III, à la Pitié, se plaignant de souffrir à nouveau avec nausées et vomissements survenant deux fois par mois (sans rapport avec l'époque des règles) et à la fin de la période digestive ; constipation et débâcles.

A l'examen clinique : *démarche légèrement penchée en avant, avec ébauche de claudication droite ; vive douleur dans la fosse iliaque du même côté, s'irradiant vers la hanche sans que le jeu articulaire de celle-ci soit limité, ni douloureux.*

Examen radioscopique. (23 novembre 1919), *masse caeco-colique très douloureuse, légère stase iléale et douleur à l'angle iléo-caecal* ; il s'agit probablement de la formation de *nouvelles adhérences péri-caecales et peut-être iléales*, (diagnostic clinique et radioscopique) la malade refuse une nouvelle intervention et est perdue de vue.

Observation n° 17. — (Professeur Lardennois). — *Sequelles épiploïques tardives (20 ans).*

Mme B., 42 ans.

Appendicectomie il y a 20 ans. En août 1920 le Prof. Lardennois est appelé pour une crise douloureuse aiguë dans la fosse iliaque droite, où après examen il diagnostique un phlegmon ; la malade est soumise au repos absolu au lit avec une vessie de glace et un régime très surveillé ; l'abdomen reste douloureux et la malade très asthénisée, présente un *état nauséux fréquent* ainsi que des *poussées récidivantes de furunculose* ; on pratique un *examen radiologique* qui montre un *estomac très allongé*, le fond descendant à trois travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques ; le caecum est abaissé également, *peu mobile*, et son fond paraît étroit, comme enserré : au-dessus du caecum, le colon ascendant prend brusquement un diamètre presque double ; l'angle colique droit est normalement situé.

Stase caeco-colique très prononcée (le repas baryté est encore visible dans ce premier segment du gros intestin 48 heures après l'ingestion), *coudure sur la première partie du colon transverse*, on note une *série de points douloureux très nets sur le bord interne de la projection du caecum*.

Opération (26 avril 1921), M. le Prof. Lardennois trouve une *épiploïte* marquée avec un placard fixé sur le moignon appendiculaire, l'examen histologique du fragment d'appendice montre une atrophie régressive portant principalement sur la muqueuse et la couche lymphoïde.

Suites opératoires, absolument normale.

Malade revu en très bon état six mois après.

Observation n° 18. — (Prof. Lardennois). — *ancienne appendicectomie avec typhlocœxie; caecum adh. à la cicatrice; épiploïte adhésive, à la paroi et au caeco-colon.*

Mademoiselle C., 18 ans 1/2.

Madade ayant souffert de constipation chronique depuis l'enfance En *avril 1900* : petit incident intestinal subaigu mal catalogué, mais sans vomissement; depuis cette époque sensibilité abdominale constante avec parfois état nauséux. En *1916*, intervention chirurgicale : *appendicectomie et typhlocœxie à la soie*, pas d'amélioration dans les symptômes douloureux de l'intestin. Des massages provoquent une nouvelle exacerbation et on les cesse après quelques séances. A la fin de *1919*, un médecin spécialiste de Paris diagnostique de l'entéro colite et conseille l'usage régulier de la parafine; l'état de la malade ne se modifie pas elle présente des crises abdominales douloureuses avec *38°* de température le soir et un amaigrissement progressif, *la défécation s'accompagne d'une douleur nette dans la fosse iliaque droite.* En *mai 1920* le Prof. Lardennois, consulté, note à l'examen clinique l'absence de respiration diaphragmatique et un *ventre d'aspect concave pendant l'inspiration* (signe de tiraillement par des adhérences), le *caecum* à la palpation paraît *très peu mobile* et les colons sont contracturés et sensibles douloureusement, on note enfin une *irradiation de la douleur dans le membre inférieur droit* mais pas d'adénopathie au pli de l'aîne.

Examen des selles : pas de parasites, quelques spirilles.

Examen radiologique (D^r Béclère, juin 1920). Estomac allongé et ptosé, défaut de remplissage du caecum qui apparaît avec plusieurs taches dont l'une plus nette à la région moyenne du bord externe. Pas de stase iléale notable. *Un lavement baryté provoque une douleur vive au moment où il remplit le caecum.*

Opération (4 janvier 1921). (Prof. Lardennois), anesthésie au protoxyde d'azote, laparotomie médiane sous-ombilicale adhérences épiploïques assez nombreuses avec la paroi, les colons, le grêle; le caecum adhère à la cicatrice d'appendicectomie et paraît tordu dans son ensemble de droite à gauche; réaction inflammatoire chronique des franges graisseuses épiploïques au niveau du caeco-colon. On trouve au 1/3 moyen un *nœud fibreux durci* renfermant des débris de soie nouée, trace de l'ancienne caecopexie, et correspondant nettement à la tache radioscopique. Libération du caecum, résection de l'épiploon par paquets, greffe

épiplœique libre en couverture sur le caecum. Suites opératoires sans incidents, malade revue en juillet 1922 : bon état, engraisée.

Observation n° 19. — (Consultation du D^r Durand, service Enriquez). — Sequelle épiplœique droite (diagnostic radiologique).

Mme Suzanne S... 34 ans, couturière.

Pas d'antécédents notables, règles normales, mariée, sans enfants ; une crise d'appendicite au début de 1914, constatée par un médecin qui conseille repos et glace ; grippe en 1918 — en 1919, deux autres crises appendiculaires à six mois d'intervalle — et une fausse couche de deux mois : *curettage et appendicectomie* (pas de renseignements sur l'état de l'appendice) : suites opératoires normales.

Depuis l'opération, douleur sourde à peu près continue dans fosse iliaque droite, avec parfois exagération des règles qui sont peu abondantes troubles dyspeptiques avec pesanteur et régurgitations acides, *nausées constantes* : la malade le spécifie nettement. Constipation habituelle

A l'examen on trouve une fosse iliaque droite très douloureuse à la palpation sans point nettement électif : en outre *vive sensibilité à droite immédiatement de l'ombilic*.

Examen radioscopique (24 janvier 1921) *Position debout*, pas de ptose gastro-colique notable, estomac tonique avec poche à air moyenne *série de points douloureux le long du segment caeco-colique*. *Décubitus dorsal* ; le caecum remonte normalement et le colon transverse également ; les points douloureux suivent l'ascension du colon ascendant le long de son bord interne et plus en dedans vers l'ombilic : *épiplœite droite probable*. L'angle colique droit s'ouvre assez facilement sous la main.

Diagnostic clinique : Sequelle d'appendicectomie, épiplœite droite.

La malade refuse une deuxième intervention chirurgicale.

Observation n° 20. — (Service du D^r Enriquez). — Sequelles d'appendicectomie, syndrome d'épiplœite.

Mlle Carmen V... 23 ans, salle Lamy.

Syndrome clinique d'appendicite chronique avec prédominance de la constipation — aérophagie — série de petites crises douloureuses sans température.

On décide d'intervenir et on fait un *premier examen radioscopique préalable en septembre 1920* : retard marqué dans le transit du repas baryté qui n'a pas dépassé l'angle colique droit après 18 heures, ligne de points douloureux le long du bord interne du segment caeco-colique et à la pointe du caecum ; même aspect dans le décubitus dorsal, le caecum remontant facilement, estomac normal avec assez forte poche à air.

Opération (11 octobre 1920) : appendicectomie simple, appendice légèrement scléreux. Suites opératoires normales. La malade continue à souffrir de crises douloureuses persistantes dans la fosse iliaque droite et ne se sent pas améliorée.

Deuxième examen radioscopique (mai 1921) : estomac large, un peu ptosé, hyperkinétique ; douleur à l'angle hépatique et tout le long du bord interne du segment caeco-colique : épiploïte probable l'angle colique droit est très aigu, mais dissociable à la main. *Dans la position couchée* : même aspect dans l'ensemble et mêmes points douloureux.

		N. des G. B. 9.000
		Polynucléaires, 56.
		Mononucléaires, 30.
Formule sanguine :	{	Lymphocytes, 8.
		Eosinophiles, 6.

Malade ayant refusé une seconde intervention.

Observation n° 21. — (Service du D^r Enriquet).

Appendicectomie simple (en février 1916), à la suite de plusieurs petites crises subaigues, avec état nauséux et troubles dyspeptiques.

Depuis l'opération la malade continue à souffrir spontanément dans toute la fosse iliaque droite : l'état habituel de constipation n'a pas été amélioré, avec migraines fréquentes et *nausées répétées*, sans horaire régulier, et n'allant jamais jusqu'au vomissement. A la palpation, *douleur caecale* surtout le long du bord interne du colon ascendant.

Examen radiologique : coudure iléo-caecale adhérences ; épiploïte (22 mars 1917).

Examen du sang. Nombre des G. B. : 7,500.

Formule leucocytaire	{	Polynucléaires, 50.
		Mononucléaires, 49.
		Eosinophiles, 1.

Malade ayant refusé une deuxième intervention chirurgicale, conseillée pour probabilité d'épiloïte avec adhérences au carrefour iléo-caecal.

Observation n° 22. — (Service du D^r Enrieux).

Mlle B... Marie-Thérèse, 33 ans.

En mai 1916, appendicectomie simple pour troubles abdominaux droits, chroniques, ayant débuté deux ans auparavant. L'opération ne procure aucun soulagement; les phénomènes morbides sont au contraire plus accentués avec douleur sourde dans la fosse iliaque droite, dans la station debout et même dans le décubitus dorsal; anorexie, crampes à l'épigastre après les repas; constipation habituelle avec débâcles diarrhéiques, état nauséux caractérisé, amaigrissement, insomnie, dysménorrhée.

Examen radiologique (23 juillet 1917) : très grande ptose gastro-colique, d'ailleurs réductible; stase iléale, douleur le long du segment caeco-colique.

Examen du sang. N. des G. B. : 7.500.

Formule leucocytaire	}	Polynucléaires, 51.
		Mononucléaires, 45.
		Eosinophiles, 4.

Diagnostic clinique et radiologique : ptose gastro-colique avec pérviscérité du carrefour inférieur; séquelle. La malade refuse une seconde intervention.

Observation n° 23. (Service du D^r Enrieux).

Mlle Neau..., Jeanne, 18 ans.

Appendicectomie en 1914 pour appendicite chronique; la malade qui présente peu de symptômes abdominaux, en dehors d'une douleur diffuse, irrégulière, vient consulter surtout pour un état général précaire avec amaigrissement progressif datant de plus d'une année et pour des troubles dyspeptiques se traduisant par des ballonnements après les repas, avec bouffées de chaleur au visage; vertiges, nausées assez rares; pas de constipation.

Examen radioscopique, (27 mai 1917). Syndrome radiologique d'épiloïte, coudure iléo-caecale.

Examen du sang : N. des G. B. : 7.600.

Formule leucocytaire	}	Polynucléaires, 44.	{ inversion de la
		Mononucléaires, 56	

Diagnostic clinique et radiologique : épiloïte avec adhérences inférieures. Malade non réopérée.

Observation n° 24. (Service du D^r Enriquez).

Monsieur W... Maurice, 27 ans.

Appendicectomie il y a quinze ans, à Bordeaux.

Depuis, le malade n'a pas cessé de souffrir de la fosse iliaque droite : douleur fruste ou subaigue augmentée par la station debout et la fatigue, ainsi que par les écarts de régime ; constipation tenace avec débâcles diarrhéiques ; pas de nausées, mais migraines et asthénie.

Syndrome radioscopique : périappendicite adhésive avec coudure iléo-caecale.

Examen du sang. Nombre des G. B. : 6.800

Formule leucocytaire	{	Polynucléaires, 54.
		Mononucléaires, 43.
		Eosmophiles, 3.

Malade non réopéré.

Observation n° 25. (Service du D^r Enriquez).

Mlle Guez... Clotilde, 25 ans, femme de chambre.

Malade opérée en 1917 pour « troubles appendiculaires, chroniques », sans crise aiguë ; le compte-rendu opératoire porte « *caecum fixé*, appendice court, atrophié ; le colon transverse et l'épiploon sont adhérents à la paroi abdominale antérieure ; *appendicectomie sans libération des adhérences qui sont charnues* ».

Peu d'amélioration après l'opération ; persistance de vives douleurs dans la fosse iliaque droite, constipation tenace ; digestions lentes, difficiles à forme de dyspepsie hypostenique ; amaigrissement continu.

Examen radiologique : actuellement ptose gastro-colique, douleur vive au fond du *caecum* ; rien à l'angle colique droit.

Examen du sang. Nombre des G. B. : 12 400.

Formule leucocytaire	{	Polynucléaires, 43.	{	Inversion
		Mononucléaires, 57		
		Eosinophiles, 0.		

Diagnostic : *Sequelles d'appendicectomie simple, par épiploite et péricolite adhésives, (caecum).*

Malade non réopérée et perdue de vue.

Observation n° 26. (Service du D^r Enriquez).

Mlle Dem... Alice, 18 ans, couturière.

Malade ayant présenté des troubles douloureux de la fosse iliaque droite et de la ptose gastro-colique réductible, dès 1914, sans crise aiguë.

Opération en 1916, suivant les indications du D^r Enriquez.

A l'opération on se contente d'une appendicectomie simple, sans exploration de la fosse iliaque malgré l'indication clinique précise de « stase iléale ».

Aucune amélioration : symptômes dyspeptiques tardifs avec pyrosis et douleurs lancinantes dans la fosse iliaque droite et irradiations dans le membre inférieur et la fesse ; pas de constipation ; *état nauséux fréquent*, sans vomissements ; très fortes migraines ; rien aux urines.

Examen radiologique (Février 1918). Ptose gastro-colique réductible, *stase iléale*.

Examen du sang. Nombre des G. B. : 10.800.

Formule leucocytaire	{	Polynucléaires, 62.
		Mononucléaires, 33.
		Eosinophiles, 5.

Diagnostic : Périviscérite inférieure, séquelles d'appendicectomie simple

Malade non réopérée.

Observation n° 27. (Service du D^r Enriquez). — *Séquelles : epiploïte. Angle colique peu dissociable.*

Monsieur Paul B..., 21 ans, journaliste.

Malade évacué du front en juillet 1917, à la suite d'une *crise* appendiculaire aiguë et opéré à Paris, après refroidissement.

Pendant un mois, légère amélioration, *puis réapparition de crises aiguës semblables à celles qui avaient déterminés l'opération* : pendant trois jours, diarrhée profuse, fétide, avec vomissements ballonnements et hyperesthésie de l'abdomen ; puis périodes de calme avec constipation, migraines et transpiration nocturne.

Pas de troubles vaso-moteurs ; tension artérielles Max : 15.

Réflexes vifs ; asthénie générale ; dégoût du travail.

Examen radiologique (26 février 1918). *Ptose gastro-colique accentuée.*

Estomac dévié vers l'angle colique droit et demeurant entièrement visible dans le décubitus dorsal ; cet angle colique sous-hépatique, fermé dans la position debout, s'ouvre lentement et non spontanément dans la position couchée ; douleur au bord interne du caecum.

Examen du sang. Numération des G. B.: 8.400.

Formule leucocytaire { Polynucléaires, 5;
Mononucléaires, 41
Eosinophiles, 4

Diagnostic clinique et radiologique. Epiploïte, séquelle d'appendicectomie. *Périviscérite probable, carrefour supérieur.*

Pas de seconde opération.

Observation n° 28. (Service du Dr Enriquez). — Séquelle d'appendicectomie : corde épiploïque.

Madame Lu..., 34 ans, couturière.

Appendicectomie le 17 octobre 1912, après troubles gastro-intestinaux et quelques crises légères. Appendice long, scléreux, blanc, sans adhérences.

Vient consulter en avril 1917, pour altération de l'état général avec amaigrissement et asthénie. Pas de symptômes dyspeptiques ; faibles douleurs dans la fosse iliaque droite, mais à la palpation on y perçoit nettement une corde épiploïque indurée

Examen radioscopique : vive douleur sur le caecum, angle colique droit s'ouvrant bien, légère périgastrite.

Examen du sang. Globules blancs · 10.000.

Formule leucocytaire { Polynucléaires, 58
Mononucléaires, 40
Eosinophiles, 2

Diagnostic clinique : épiploïte subaigue, séquelles d'appendicectomie.

Pas de nouvelle opération.

II. Les Péricolites droites

Les péricolites droites se présentent comme des néoformations séreuses d'origine inflammatoire *l'infection primitive partant soit de la lumière intestinale (typhlo-colites) soit du vermis appendiculaire (appendicite) soit des voies biliaires, soit d'une annexe génitale chez la*

femme. La lésion initiale peut rester silencieuse ou être guérie, ou au contraire avoir été entretenue par ses propres propagations périviscérales : ce sont celles-ci en fait qui attirent l'attention du clinicien par les troubles mécaniques entraînés dans la progression colique.

Le tout premier stade de ces lésions serait peut-être à rechercher dans certaines crises gastro-intestinales de l'enfance avec petites indigestions, caecum tympanisé et douloureux, et hypersensibilité cutanée abdominale, en l'absence d'appendicite vraie (*Baumann*). Assez souvent on retrouve des antécédents anciens d'entérocolite avec des crises subaigues et débâcles glaireuses, sans vomissements ni élévation thermique ; et s'il ne faut pas abuser de cette étiologie nous ne voyons cependant pas pour quelle raison les follicules clos du caecum et de la valvule de Bauhin ne seraient pas atteints des mêmes lésions inflammatoires que ceux du vermis. *Delbet* a signalé de nombreux cas de typhlites ulcéreuses *non bacillaires* simulant l'appendicite, et *Mariage* dès 1891 publiait dans sa thèse des observations détaillées de *perityphlite* reconnue à l'autopsie en l'absence de toute atteinte appendiculaire : cliniquement il s'agissait d'un syndrome éliaque droit douloureux, avec boudin perceptible, sans vomissements ni symptômes toxiques. De leur côté *Boas* et *Von Haussmann*, en Allemagne, n'accordent pas un rôle originel à l'appendicite dans l'ancienne « *typhlite stercorale* », tandis que *Von Pallin* a réuni dans sa clientèle 40 cas de *typhlite vraie* avec ulcérations circonscrites parfois perforantes du caecum et appendice sain, et cela chez les malades encore jeunes, indemnes de *bacilliose*, mais avec des antécédents caractérisés d'entérocolite.

Jalaguier opéra de même, entre autre cas de ce genre, un jeune homme de seize ans, ayant présenté des signes d'appendicite légère avec encombrement caecal et dont l'appendice fut reconnu sain à l'opération alors que le caecum était entouré d'une néoformation séreuse séquelle d'une poussée pérityphlitique antérieure.

Il paraît donc que la propagation de l'élément catarrhal et toxique de la typhlo-colite peut se faire directement au péritoine environnant par voie lymphatique et que *la réalité de la lymphangite chronique sous-séreuse des colons et des mésos* n'est pas plus niable que celle du cheminement des toxines appendiculaires par les vaisseaux blancs du méso-appendice. Depuis *Virchow* (1853) de nombreux auteurs l'ont soutenu et parmi les plus récents le *Prof. Duval, Lardennois, Cotte (de Lyon)*.

Dans cette infiltration des parois intestinales, il y aurait selon *J. Ch. Roux* deux étapes : d'abord *colite muqueuse*, avec épaisissements léger et ganglions mésentériques inflammatoires ; puis *colite pariétale*, toute l'épaisseur de la paroi étant envahie par l'inflammation, avec zones indurées et ganglions durs, crétacés. *La réaction de péricolite proprement dite* se produisant par *rougeur congestive et dépolie de la séreuse viscérale*, quelquefois avec présence *d'un peu de liquide séreux (observation de Lardennois* dans un cas de sténose sus-caecale par bride, en l'absence de toute tuberculose et sans autre lésion abdominale) et dans les cas anciens ou rapidement aigus avec toutes les formations classiques de la *péritonite plastique*.

A côté de ces formes trop bien connues pour que nous ayons à insister, on trouve parfois à l'opération un aspect spécial de péricolite, observé déjà avant *Jackson* par *Jalaguier* et *Walther*, mais que le chirurgien américain a

décrit minutieusement *en 1909* et qui est fréquemment désigné sous son nom.

Il s'agit de *membranes, fines, délicates, habituellement transparentes*, faites de fibres conjonctives et de vaisseaux parallèles entre eux quoique de direction opposée aux branches vasculaires du colon droit sous-jacent : elles glissent, en général, sur les organes recouverts (avec interposition possible d'une mince nappe oédemateuse), peuvent se plisser et sont ordinairement décollables de l'intestin sans suintement sanguin et sans que les organes enveloppés apparaissent dénudés de leur péritoine ; parfois elles s'épaississent en totalité en perdant leur transparence ou sont renforcées par *des traînées de consistance scléreuse*, parallèles ou divergentes en éventail et séparées par des dépressions, mais sans infiltration graisseuse : en somme elles ne *possèdent pas les caractères d'une adhérence véritable*, elles ne sont qu'*accollées*.

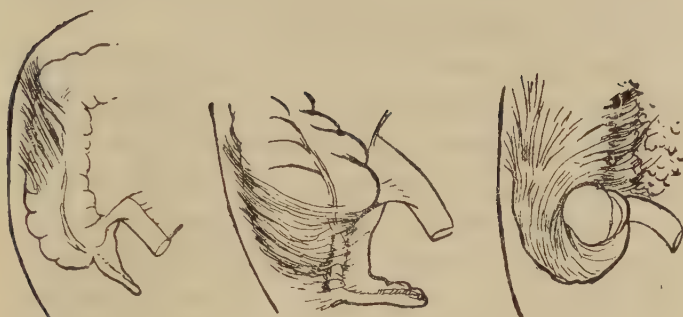
Plus rarement développées sur le colon pelvien sigmoïde, ces formations velamenteuses se présentent sur le colon droit suivant *3 types topographiques principaux* :

1). — Type haut (fig A) membrane née du péritoine *pariétal latéral* en avant du rein ou au-dessous du foie (obs. 43 et 44) et descendant sur l'une des branches de l'angle colique ou sur toutes les deux branches et sur le colon ascendant jusqu'à la partie supérieure du caecum qu'elle laisse libre le plus souvent ; elle peut se renforcer en haut par une *bride dite prérénale* aboutissant à l'angle colique ou sous le foie, en bas par un épaississement scléreux cravatant et parfois strangulant le caecum.

fig. A

fig. B.

fig. C



2). — Type bas (fig. B) membrane née du péritoine pariétal latéral au niveau du caeco-colon et venant envelopper le corps et le fond du caecum et tant en partie de l'appendice qu'elle coude. Elle vient se perdre sur le bord interne du caecum en la fin du mesentère et cause alors une coudure iléale, ou encore sur le bord droit de l'épiploon qu'elle semble ainsi continuer en dehors.

3). — Type engageant (fig. C) par présence d'une sorte de sac plus ou moins transparent pouvant envelopper tout le segment caeco-colique, mais trop étroit pour le contenir sans le rider « *in a diaphanous bag slightly too short to contain it without wrikling* » (Jackson). Après décollement et ablation de cette gaine, renforcée dans les cas avancés de tractus scléreux faisant pont de la paroi latérale sur l'épiploon ou le carrefour iléo-caecal, on peut assister parfois à l'opération à un allongement apparent de l'intestin qui en réalité ne fait que se déplisser, tassé et replié sur lui-même qu'il était dans son enveloppe séreuse ; bridé et dévié il apparaît alors en état de dégénérescence variable, souvent flasque et d'aspect lavé,

la toxi infection ayant pénétré ses tuniques de dedans en dehors. (Même aspect au caecum en l'absence d'adhérence dans certaines appendicites torpides).

Tant en Amérique qu'en France, (*Flint, Leveuf, Cuneo Grégoire*), on a soutenu que ces voiles péricoliques sont *préformés et dérivent congénitalement du diverticule epiploïque droit de l'enfant* par fusion postéro latérale avec le péritoine pariétal. *Lane et Mayo* ayant remarqué la concomittance fréquente de ces voiles et d'une bride coudant l'iléon, leur attribuent une cause statique par ptose et processus mécano-irritatif et y voient un prolongement du fascia d'accollement primitif entraîné en bas et en avant lors de l'évolution embryologique avec rotation de l'anse intestinale, à droite.

Le plus grand nombre des anatomistes et des chirurgiens actuels les considère comme une variété de péritonite plastique atténuée, c'est-à-dire comme des néo-productions séreuses inflammatoires : *les adénopathies iléo-caecales* de même ordre qui les accompagnent, *les récidives observées* après ablation chirurgicale, *l'organisation de ces membranes dans l'intervalle de deux interventions* (l'examen ayant été minutieux lors de la première laparotomie), sont en faveur de cette pathogénie. (On trouve d'ailleurs des formations précoliques analogues dans les hernies par glissement du gros intestin et au-devant de celui-ci (Lardennois). *Elles ne constituent pas des curiosités exceptionnelles* ; il n'est pas de chirurgien spécialisé dans la pratique du tube digestif qui n'en ait observé plusieurs cas.

L'observation n° 4 que nous devons à l'obligeance du *Prof. Lardennois* en est un exemple caractéristique à tous égards.

Il faut toutefois différencier ces membranes — (même lorsqu'elles renferment des zones épaissies) — des *adhérences granuleuses* (nappes ou brides nées de processus inflammatoires très aigus) et où l'union aux viscères sous-jacents est tellement intime que ceux-ci paraissent nettement dépouillés de leur péritoine, après l'ablation chirurgicale par dissection laborieuse avec production de petites hémorragies nécessitant des ligatures. Ici, au contraire, en y regardant de près au cours d'une intervention, on peut découvrir *la limite d'extension* de la membrane de Jackson sur le segment caeco-colique, sous forme d'un fin *liseré en feston*, et par là en utilisant prudemment un plan de clivage, réaliser un *simple « décollement »* sans arracher les fins vaisseaux ni l'endothélium du péritoine périviscéral sous-jacent.

En définitive, il s'agit de poussées inflammatoires successives du péritoine pariétal latéral assaillant le caeco-colon par des « *vagues d'assaut* » progressives, selon l'heureuse image du *Prof. Lardennois*, le contournant et s'avancant plus ou moins sur ses faces antérieures et interne depuis l'angle colique droit jusqu'à l'appendice. Pour expliquer les épaississements en lamelles ou en stries scléreuses capables de devenir sténosantes, certains auteurs (*J.-Ch. Roux*, en France, *Bolognesi et Quarella*, en Italie), ont supposé un *double processus pathologique* : *d'abord* une période assez longue pendant laquelle le colon environné de membranes congénitales en serait peu ou pas gêné et sans troubles cliniques appréciables, *puis* apparition d'une ectasie atonique du caecum, colite catarrhale ou ulcéreuse avec propagation inflammatoire au sac péritonéal devenu trop étroit et progressivement sténosant par les brides qui s'y développent : ainsi se consti-

tuerait un véritable cercle vicieux par action pathogène réciproque de la colite et de la péricolite. Jackson lui-même n'est pas absolu et si, notamment dans ses observations publiées en 1909, il croyait à des formations congénitales pures, il admet dans d'autres cas une origine infectieuse atténuée venue de la lumière intestinale.

Pour la pratique thérapeutique l'intérêt principal, dans le développement complexe de ces lésions, est de rechercher cliniquement le point de départ de l'inflammation et de bien distinguer à l'intervention une péricolite en voiles étendus chez un stasique avec colite, des adhérences en brides plus ou moins serrées et limitées nées d'une infection appendiculaire, vésiculaire ou salpingo-ovarienne ; les indications opératoires qui en découlent sont différentes, pour éviter des échecs par intervention faussée ou incomplète : ablation des membranes par décollement avec ou sans colopexie dans un cas, excision des brides et attaque de la lésion causale dans l'autre (vésicule, appendice, pyosalpynx).

Il n'est pas impossible enfin que chez certains malades une tuberculose entéro-péritonale atténuée (Delore et Almartine) ou une spécificité tertiaire (Hadgès) interviennent dans l'étiologie de ces lésions : les antécédents et la réaction de Wassermann à l'antigène de Desmoulières donneront de précieuses indications sans toujours être concordants : une malade fut ainsi opérée par Pauchet pour une péricolite sténosante et subit une colectomie totale. Malgré un Wassermann négatif on avait retenu en faveur de la syphilis des céphalées nocturnes rebelles et une série de fausses couches.

Suivant leur siège et l'étendue de leurs insertions,

l'intensité de leurs zones de rétraction fibreuse ou leur diffusion aux deux carrefours, les formations péricoliques provoquent des déformations intestinales et des troubles mécaniques dont il est possible, bien que délicat, d'indiquer *quelques différences symptomatiques*. Nombreux sont les cas où le diagnostic d'appendicite fut d'abord porté : *Favel* en publiait sept cas chez d'anciens appendicectomisés (avec petite incision de Roux) en 1904 dans la *Revue Médicale de la Suisse romande*, *Potherat*, sept autres cas en 1906. *Crossen* (de St-Louis) portait le même diagnostic chez une femme de 40 ans, présentant un syndrome iliaque droit avec constipation tenace et crises paroxystiques : à l'opération on trouva une membrane péricolique haute. En 1913, *Lenormand et Faisans* relatent la même confusion chez une malade reconnue atteinte de très légère sclérose appendiculaire avec membrane de Jackson haute, sur le colon ascendant. Nous rappelons nous-mêmes en les résumant les cas réunis par *Grégoire* (*observations n^{os} 43, 44, 45, 46, 47, 48*).

Ici encore, cependant, *la radiologie* permet de distinguer le segment colique où siègent la déformation et les points de stase, et d'affirmer au moins que *l'appendice n'est pas la cause de tout le mal*. Nous réunissons en un tableau très succinct les correspondances effectives qui existent entre les lésions découvertes à l'opération et les syndromes cliniques observés par le médecin et le radiologiste :

LÉSIONS ET MALFORMATIONS DU COLON DROIT	TROUBLES ET SYNDROMES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES
<u>Periviscérites du carrefour inférieur</u>	
« par péri-appendicite » (Enriquez) en périityphlite vélamenteuse (Isaacs et Flint) Membrane de Jackson ou épiploïte adhésive (diffusant sur le grêle). Appendice retro - caecal et adhérent en arrière, cou- dant l'iléon. Bride congénitale de Lane Insuffisance de la valvule de Bauhin, par périityphlite.	<u>Stase iléale</u> ou <u>stase iléo-caecale</u> (Crises de subocclusion de la fin du grêle) (<i>Stercorémie</i>)
<u>Epiploïtes et membranes de Jackson adhésives</u>, au cae- cum et au colon ascendant avec ou sans brides sténo- santes. Epiploïtes et péricolites cra- vatant et accolant les bran- ches de l'angle colique droit	<u>Stase caeco-colique</u> (Ectasie caecale avec crises de distension aiguë, douloureuse)
<u>Périviscérites du carrefour supérieur</u> par <i>propagation ascendante</i> d'une épiploïte d'origine appendiculaire ou typhlitique. Séquelles d'appendicite hau- te, sous-hépatique. Diffusion médiane d'une membrane de Jackson, haute <i>Propagation descendante</i> d'une <i>péritonite biliaire</i> ou d'une <i>périduodénite</i> pto- sique (Tripier et Paviot).	<u>Dyspepsies hypersthéni- ques</u> et hyperacides avec dilatation gastrique. <u>Syndrôme de Barclay si- mulant un ulcus pyloro- duodénal.</u> <u>Dilatation duodénale seg- mentaire</u> par <i>stenose incomplète.</i> <u>Syndrômes de cholecys- tite.</u>

(A) Les Périviscérites du carrefour inférieur

La stase iléale : simple ou associée à de la stase caecale elle est une cause fréquente de syndrome iliaque droit douloureux capable de simuler une appendicite chronique

En dix jours *Martin* en a vu opérer 12 cas (par coudure) à la clinique des *frères Mayo à Rochester*. — en trois mois, à la fin de la guerre, le *D^r Cerf* a pu déceler sa présence chez 21 malades sur 48 venus à la consultation externe de la Pitié, pour séquelles d'appendicectomie. — nous en insérons *dix observations inédites*, dont deux sans contrôle opératoire et que nous joignons aux cinq précédemment notées et où l'image radioscopique de l'anse iléale était typique. Un diagnostic clinique forme de stase iléale est en fait impossible sans la constatation visuelle à l'écran d'une *iléon terminal garni 10 heures encore après le dernier repas opaque* et dans beaucoup de cas d'une *coudure en forme de V renversé* avant son aboutissement dans le caecum (*voir Radioscopie*). Cette déformation avec dilatation variable et spasme en amont, ne donne d'ailleurs pas d'indication précise sur la nature de la lésion causale. Chez les ptosiques avec « *caecum vagabond* » particulièrement prolabé, il peut s'agir simplement d'une traction vers le bas par ce segment colique alourdi des derniers centimètres d'un iléon à mésentère terminal très court (mésentérite rétractile) — voir (Troubles statiques I.).

Nous n'envisageons en ce moment que les coudures iléales par néoformations séreuses, bride congénitale de Lane (Lanés Kink) (observations 30 et 31) ou adhérences de périviscérite du carrefour iléo-caecal, (obs. 34, 37.) par

épiploïte ou péricolite membraneuse diffusée. (observations 32, 33, 35).

Cliniquement, dans les stases simples récentes on note une douleur spontanée et provoquée dans la région de Mac-Burney avec quelques troubles de la défécation — Dans les formes anciennes ou avec coudure les malades accusent une *douleur hypogastrique* post prandiale avec besoin d'exonération immédiate (observation 29) ou tardive avec pyrosis, un *état nauséux* pouvant s'accompagner de *hoquet* (obs. 39) et s'accroissant après la marche — de temps à autre survient une *poussée ressemblant à une indigestion avec vomissements, ballonnement périombilical et coliques violentes* : ces crises analogues à celle d'un *petit ileus* expriment probablement le réflexe gastrique qui entre en jeu dans toutes les obstructions du grêle. La constipation peut prendre les caractères d'une *subocclusion* durant plusieurs jours (4 jours dans l'obs. 30 et 14 jours dans l'obs. 31) et se terminent d'habitude par un soulagement brusque avec abondante débâcle diarrhéique et gazeuse ; deux de nos malades porteurs de coudure iléale avaient cependant des selles régulières et en même temps, sans amoindrissement de l'état général (obs. 34 et 35) et urines normales.

Les céphalées, migraineuses, l'état psychique déprimé, certaines réactions cutanées (furunculose etc), la présence d'*indoxyle*, de *scatol* et même d'*acétone* dans les urines sont *ici* des signes de *réelle auto-intoxication intestinale* : dans la stase iléale il s'agit en effet d'un arrêt du bol digestif dans la dernière portion de l'intestin grêle et d'un *contact plus ou moins prolongé de la muqueuse iléale riche en chylifères absorbants avec des résidus*

alimentaires liquides en voie de fécalisation; ou parfois de reflux du contenu caecal lui-même à travers la valvule de Bauhin dont l'insuffisance fonctionnelle n'est pas tellement exceptionnelle et qu'une pérityphlite peut réaliser parfaitement (cas de Loehfeldt chez un enfant de 9 ans, appendicectomie, sans amélioration).

Cette « constipation du grêle » produisant une véritable assimilation de matières fécales liquides et toxiques, est donc très différente des constipations du gros intestin (« constipation hypocrite » du colongaeche bien supportée chez la femme); rien de surprenant à l'*amaigrissement* de ces malades dont les fonctions de nutrition normale sont entravées par une absorption de dérivés toxiques (14, 11 et 10 kilogs dans nos observations, 20 kilogs pour un malade de Delore) ni à leurs *poussées fibriles le soir* (obs. 37). La *stase caeco-colique seule* n'a pas les mêmes conséquences, parce qu'elle se produit dans un organe d'évacuation avant tout, et elle ne saurait être rendue responsable des multiples troubles généraux dont Lane l'a chargée en assombrissant singulièrement le tableau de la stase intestinale chronique — Récemment, Donaldson a démontré après de nombreuses recherches de laboratoire et des observations expérimentales répétées dans sa Clinique-Hôpital, que les substances toxiques ne sont pas constamment en quantité suffisante dans la masse fécale pour produire de l'intoxication stercémique, même après une stase caecale de 48 heures.

Chez les grands constipés de ce genre qui se déclarent soulagés de leurs troubles à distance, (migraines, irritabilité, tristesse, etc) par une décharge diarrhéique alors que l'analyse n'y décèle pas de produits toxiques en excès,

il semble qu'il y ait une véritable obsession — *obsession colique* — d'évacuer leur intestin, et que l'auto-suggestion intervienne dans l'interprétation de leurs *réactions nerveuses et vasculaires* (syndrome dit arthritique par Jackson.) A l'origine de ces dernières on est en droit d'incriminer dans bien des cas une *insuffisance-pluriglandulaire* (*surrénale et thyroïdienne*) se traduisant par de l'asthénie, des pigmentations cutanées, de l'hypotension, de la cryesthésie des extrémités : les succès de l'opothérapie en témoignent, sans nous permettre encore cependant de nier tout à fait l'influence défavorable de la stercoremie sur le fonctionnement des glandes endocrines. En tout cas la surcharge fonctionnelle du foie et les reins par les composés toxiques absorbés dans l'iléon, amoindrit les moyens de défense de l'organisme contre cette forme d'intoxication endogène, et c'est ainsi que le *D^r Cerf* a pu observer dans le service du *P^r Marfan* deux enfants atteints de *stase iléale avec vomissements acétonémiques à type cyclique persistant*.

L'hypoglobulie et la lymphocytose légères, et une formule leucocytaire avec *mononucléose et eosinoéphilie à peu près constantes* sont aussi le témoignage hémato-logique de *l'intoxication*.

Les formes associées, dites de *stase iléo-caecale*, correspondent à des lésions péricoliques plus étendues, entravant le péristaltisme du caecum : d'où possibilité d'observer en plus des symptômes précédents, des coliques caecales avec tympanisme de la fosse iliaque, et irradiations douloureuses vers l'angle sous-hépatique.

Observation n° 29. — (service du D^r Enriquez). Périviscérité inférieure, stase iléale, intoxication par stase du grêle.

Mlle P..., 37 ans, concierge, entre dans le service du D^r Enriquez pour troubles dyspeptiques (novembre 1914. Malade réglée à 13 ans ; pas de fausse-couche ; un enfant bien portant ; depuis cinq ans, de temps en temps digestions difficiles avec régurgitations acides tardives ; plus récemment *asthénie générale et amaigrissement* ; enfin depuis un an apparition de symptômes douloureux se présentant par périodes : *douleurs sous-ombilicales* survenant tantôt dès que la malade a mangé et s'accompagnant d'un *besoin de défécation immédiat*, tantôt se produisant sous forme de crampes épigastriques avec pyrosis trois à quatre heures après le repas ; troubles intestinaux, avec alternatives de constipation et de diarrhée ; selles avec muco-membranes ; quelques *nausées*, plus rarement *vomissements bilieux* (sans débris alimentaires) qui soulagent la malade ; insomnies et cauchemars ; En un an : *amaigrissement de 14 kilos*.

A l'examen : cœur et poumons normaux ; rien de spécial à l'inspection de l'abdomen ; à la palpation, hypéresthésie de tout l'abdomen avec *douleur sous-ombilicale droite* à la palpation profonde.

Examen radioscopique (7 novembre 1917) : syndrome de ptose gastro-colique ; région caeco-appendiculaire sensible ; *coudure et stase iléales très nettes*.

Opération (23 novembre 1917) : on trouve sur une étendue de 6 cm le caecum et l'anse terminale de l'iléon accolés en canons de fusil et réunis par du tissu cellulaire lâche ; libération des adhérences, et appendicectomie.

Suites opératoires : normales ; malade revue dans la suite : très améliorée.

Observation n° 30. — (service du D^r Enriquez). Stase iléale bride de Lane, appendice normal.

Monsieur Pei..., 51 ans. Jusqu'à 20 ans, gripes et bronchites fréquentes ; à 34 ans, pleurésie droite ; à 44 ans, rhumatisme articulaire ; en 1916, début de l'affection par *une crise de coliques dans la fosse iliaque droite* et pesanteur épigastrique avec vertiges après le repas : en même temps *forte constipation* : la *crise dure quatre jours* ; depuis six mois, nouvelles crises plus rapprochées avec constipation ; *amaigrissement progressif de 10*

kilogs ; dans la station debout les douleurs augmentent et s'accompagnent parfois de nausées.

Actuellement : à l'examen, insuffisance aortique ; à l'abdomen, pas de point douloureux à l'épigastre ni à la vésicule ; pas de douleur élective au point de Mac-Burney, mais vive sensibilité dans la fosse iliaque surtout *au-dessous de l'ombilic et à droite* ; examen des selles : normal.

Diagnostic clinique : périviscérite carrefour inférieur et stase iléo-caecale.

Opération (février 1917), laparotomie médiane : la dernière ause grêle est épaissie, contractée, en état de spasme devant un obstacle situé à sept ou huit cm. du caecum, et constitué par une bride de Lane, section de cette bride ; ablation de l'appendice qui est sain.

Observation n° 31. — (Service du D^r Enriquez). *Bride iléo-caecale*, appendice très peu touché, crises nettes de subocclusion.

Mlle Anit..., couturière, 34 ans ; entre dans le service du D^r Enriquez, pour troubles dypeptiques, deux frères morts bacillaires ; malade réglée à 18 ans seulement ; depuis retards fréquents ; pertes blanches peu abondantes ; point pleurétique, à 20 ans, les troubles actuels ont débuté il y a une dizaine d'années par des digestions lentes et pénibles avec pesanteurs ; en outre, par périodes la malade se sent faible et souffre deux heures après les repas, avec *état nauséux*, renvois gazeux et regurgitations aqueuses, sans aller jamais jusqu'au vomissement véritable.

Constipation habituelle ; *céphalées* : mais appétit conservé et état général assez satisfaisant.

Il y a trois ans, **crise** plus particulièrement douloureuse : pendant *une quinzaine de jours*, à peu près sans arrêt, douleur épigastrique et douleur diffuse à tout l'abdomen, calmée seulement par compresses chaudes, en même temps *constipation rebelle* : enfin *débâcle diarrhèique* avec selles muco-membraneuses très foncées ; depuis cette époque, alternative de constipation et de diarrhée, la constipation dominant de beaucoup ; *anorexie et perte des forces, amaigrissement* : 10 kilos en trois ans .

Examen : respiration légèrement soufflante au sommet droit en arrière ; à l'abdomen : rien à noter à l'inspection ni à la percussion ; à la palpation : sensibilité douloureuse à l'épigastre point de Mac-Burney douloureux.

Examen radioscopique (premier juin) : *ptose gastro-colique accentuée* mais réductible, point de Mac-Burney douloureux ; *coudure de Lane* : *stase iléale*.

Opération, (D^r Durozelle) (17 juin 1917) : appendice très peu malade ; *bride iléo-caecale extrêmement nette* : *libération* ; suites opératoires : simples.

Observation n° 32 — (Service du D^r Enriquez). *Appendicite chronique, membrane de Jackson basse ; périviscérite inférieure, coudure iléale, épiploite adhésive*

M. Laj .., Jean, 35 ans, gardien de la paix ; *traumatisme abdominal il y a 13 ans* ayant nécessité une laparotomie à Lyon (le malade ne peut donner aucune précision) ; congestion pulmonaire il y a sept ans ; actuellement, *psoriasis*. Le malade vient consulter dans le service III, en juin 1917, pour une *syndrome dysentérique*, avec une quinzaine de selles diarrhéiques à (chaque) *crise* et épreintes douloureuses : *en réalité*, il s'agit de débâcles chez un grand constipé chronique ; *légère douleur dans l'hypocondre droit* et syndrome gastrique douloureux précoce, une heure après les repas. Chimisme gastrique : acidité totale : 2 gr. 10; *Indoxyle dans les urines* ; *amaigrissement notable 11 kilogs* ; *tension artérielle normale* : 12 1/2 (Pachon).

Examen radioscopique : Estomac tonique ; *Ptose du colon transverse* ; *douleur caecale, stase iléale*.

Examen du sang : Numération des G. B. : 10.400.

Formule leucocytaire	{	Polynucléaires 50.
		Mononucléaires 46.
		Eosinophiles 4.

Opération du (D^r Pascalis) (10 juillet 1917) : *Appendice long et enflammé avec une membrane de Jackson très développée* : *ablation de l'appendice* ; ou libéré *plusieurs brides* qui coudent la *partie terminale de l'iléon* et sont en continuité avec la *membrane de Jackson* ; *l'épiploon est très enflammé* et vient adhérer à la *face antérieure du caecum*, on le résèque en plusieurs paquets.

Malade revu en 1919, en bon état, ayant engraisé, sans douleurs abdominales ; *légère constipation persistante*.

Observation n° 33. — (Service du D^r Enriquez) ; Sequelles, épiploite adhésive coudant l'iléon.

Mademoiselle G..., Lucienne, 22 ans, infirmière ; *Appendicectomie simple* en juin 1916, après une crise aiguë ; amélioration pendant quatre mois, puis les douleurs de la fosse iliaque droite reviennent, parfois très vives, soulagées par la position couchée ; légères *poussées fébriles* assez fréquentes, avec céphalées ; constipation, nausées ; pas de troubles gastriques ; amaigrissement ; Tension artérielle, maximum : 12 1/2 (Pachon) ; Traces d'indoxyle dans les urines.

Examen radioscopique : Estomac ptosé, hyperkinétique, légèrement dévié vers la droite ; douleur caccale et *stase iléale nette* ; dans le recubitus l'angle colique droit se déploie normalement.

Examen du sang : G. B. : 9.600.

Formule leucocytaire	{	Polynucléaires 53.
		Mononucléaires 43.
		Eosinophiles 3.

Seconde opération (26 juillet 1917) (D^r Pascalis) : coudure iléale par épiploite adhésive ; libération et large résection d'un épiploon malade, lourd.

Malade revue en 1918 : engraisée, ne souffrant plus de l'abdomen.

Observation n° 34. — (Service du D^r Enriquez). — Sequelles d'appendicectomie. Périviscéríte iléo-caecale.

Madame B... Angèle, 38 ans.

Appendicectomie en mai 1914, pour appendicite chronique avec psoïtis, le psoïtis est radicalement guéri par l'opération, et l'état général et abdominal de la malade s'améliorent sensiblement jusqu'à l'automne de 1916. Depuis cette époque, *vives douleurs dans la fosse iliaque droite*, par intermittences et *sans rapports avec le moment des repas* ; soulagement dans la position couchée. Pas de troubles de la défécation, mais *migraines fréquentes* avec nausées. Tension artérielle Max : 15 (Pachon) pas de troubles vaso-moteurs, rien aux urines.

Examen radioscopique. Ptose gastro-colique, réductible dans le décubitus. Vive douleur à la pression du caecum, *stase iléale légère*,

Examen du sang. Numération des G. B. 8 000.

Formule leucocytaire	{	Polynucléaires, 52.
		Mononucléaires, 45.
		Eosinophiles, 3.

Opération (1^{er} septembre 1917). Laparotomie latérale droite ; on trouve une adhérence peu étendue de l'épiploon au péritoine pariétal et on la résèque ; rien de spécial au C. A. ni à la vésicule biliaire, mais on trouve : 1) une *bride transversale allant du sommet du caecum à la terminaison de l'iléon* ; 2) sur quatre centimètres d'étendue environ, adhérences et *accolement en canons de fusil entre la face interne du caecum et la terminaison iléale* : libération aux ciseaux, suites opératoires normales.

Malade revue après quatre mois : en bon état, les douleurs abdominales et les migraines ont cessé.

Observation n° 35 — (Service du D^r Enriquez) « Membrane de Jackson basse coudant l'iléon.

Mme Bl... 31 ans, salle Lamy, Service III Pitié.

Souffre de l'estomac depuis l'âge de 17 ans, sous forme de gêne et de pesanteur épigastrique quatre à cinq heures, après les repas, avec renvois et régurgitations acides, nausées, vomissements inconstants.

A noter 1° le caractère irrégulier des douleurs par crises assez longues, coupés de périodes de calme de six mois ; 2° la persistance de selles faciles et abondantes : la malade attire elle-même l'attention sur ce point. Jamais de véritable crise appendiculaire, sauf pendant une grossesse avec vomissements poracés mais sans fièvre. La malade traitée depuis un an pour dilatation d'estomac, vient consulter le D^r Enriquez qui diagnostique troubles dyspeptiques à type tardif en rapport avec une appendicite chronique et périviscerite (voir les deux carrefours)

Examen du sang. Numération des G. B. 8.000

Formule leucocytaire	{	Polynucléaires, 45.	{	52
		Eosinophyles 3.		
		Mononucléaires, 32		
		Lymphocytes, 20		

Examen radioscopique Position debout : Estomac hypotonique et ptose légèrement oblique vers la droite avec haspect en haltère.

Position couchée: caecum incurvé en dedans, stase iléale, sensibilité

douloureuse sur le trajet de la dernière anse iléale et au bas du caecum.

Opération (P^r Gosset) 17 novembre 1920. Longue incision sur le flanc droit pour bien explorer la région. Ablation d'un appendice scléreux, rétrocaecal, coudé par une membrane de Jackson basse enveloppant le caecum et coudant l'iléon ; on les en libère, et on résèque, un épiploon lourd et grenu.

On examine le carrefour supérieur : vésicule pleine de bile sans calcul ni lésion. Suites opératoires : simples.

Observation n° 36. — (Prot. Lardennois). - *Appendice Periviscerite carrefour inférieur, coudure iléale.*

Mlle Leb... 50 ans.

Malade de l'abdomen depuis 20 ans ; a été soignée successivement pour crises de foie, entérite, constipation, etc.

Actuellement : malade amaigrie, état subfébrile, nausées, constipation, douleur région appendiculaire, utérus en rétroflexion (suite d'amaigrissement) avec annexe droite un peu grosse.

Opération (mars 1921) (Prof. Lardennois) laparatomie médiane vésicule biliaire saine, appendice enflammé rétro mésentérique : ablation.

Angle iléo-caecal enveloppé d'adhérences et coudé : greffe épiploïque libre.

Observation n° 37. — (Prof. Lardennois). — *Séquelles d'appendicectomie. Periviscerite caeco-iléale coudant l'iléon ; adenopathie inflammatoire.*

M. P... 12 ans 1/2.

Appendicectomie simple en octobre 1918. Peu après amaigrissement avec état nauséux constant, alimentation difficile, asthénie, chétivité physique, un peu de fièvre le soir : on soupçonne de la tuberculose ; constipation, sensibilité abdominale diffuse et ventre un peu gros.

Examen radioscopique. Pratiquée à deux reprises la radioscopie attire l'attention du Prof. Lardennois sur l'évacuation pylorique lente avec hypersécrétion gastrique aiguë (un à deux centimètres de liquide surmontant le repas baryté et visible à l'écran) et sur

le carrefour iléo-caecal qui est douloureux avec légère stase iléale. Possibilité d'une liaison réflexe entre les deux syndrômes).

Opération (4 juillet 1921) (Prof. Lardennois) Anesthésie à l'éther ; incision médiane latéro-ombilicale. A l'angle iléo-caecal : bride allant de la cicatrice d'appendicectomie jusque sous le mésentère terminal, abaissé, et coudant l'iléon ; nombreux ganglions iléo-caeaux (grosseur d'une noisette) et le long de l'artère mésentérique depuis son origine sous le ligament gastro-colique ; libération de la bride, greffe épiploïque libre ; ablation de ganglions pour examen.

Examen histologique (D^r Leroux) ; ganglions en hyperplasie nette, notable hypertrophie des follicules clos à centre clair très important ; en somme : ganglions inflammatoires.

Suites opératoires simples.

Observation n° 38. — (Service du D^r Enriquez). — Periviscerite colon droit, stase iléale, (diagnostic clinique et radiologique.)

Monsieur Jean An... 38 ans, déménageur, salle Brissaud.

Malade présentant depuis plusieurs années de la constipation, avec rares débâcles, et sensibilité douloureuse spontanée dans la fosse iliaque droite avec irradiation vers l'ombilic, s'exagérant pendant la marche et la station debout, état nauséux assez fréquent, migraines.

A l'examen : douleur caecale et bord interne des C. A. langue saburrale, teint subictérique, rien à l'épigastre, sensibilité sous ombilicale.

Radioscopie (12 décembre 1920) 1. Position debout : estomac à bas fond élargi descendant à trois travers de doigt au-dessous des crêtes, poche à air, moyenne de dimension ; ptose du transverse ; sensibilité à la palpation du bord interne du caecum et du C. A. et au bas-fond caecal ; ombre grise nette au niveau de la dernière portion de l'iléon : stase iléale.

2. Position couchée : l'angle colique droit remonte au-dessus de la crête iliaque et s'ouvre ; le caecum reste fixé en situation basse découvrant cependant davantage la zone obscure du retard iléal ; points douloureux le long du bord interne du segment caeco-colique et au point déclive de la première portion du C. T.

Examen du sang : G. B. 9.600.

Formule leucocytaire	}	Polynucléaires, 58.	}	37
		Eosinophiles, 5.		
		Mononucléaires, 27		
		Lymphocytes, 10		

Donc mononucléose et eosinophilie. Diagnostic clinique et radiologique : Ptose gastro-colique stase iléale, périviscerite probable, au carrefour inférieur et le long du colon droit. Le malade refuse toute opération.

Observation n° 39. — (Service du D^r Enriquez). — *Séquelles, coudure iléale.*

Monsieur S. Ajou... 39 ans, journaliste.

Opéré d'appendicite en octobre 1915 à New-York ; a continué à souffrir peu de temps après l'opération : douleur à peu près constante dans la fosse iliaque droite, avec irradiations dans la région lombaire ; constipation et débâcles diarrhéiques avec glaires et peaux ; nausées fréquentes et hoquet. Peu d'amaigrissement.

A la radioscopie on trouve une légère ptose gastro-colique, un caecum sensible à son bord interne et une coudure iléale avec stase.

Examen du sang : (mai 1917) G. B. 8.800.

Formule leucocytaire	}	Polynucléaires, 5
		Mononucléaires, 38
		Eosinophiles, 5

Diagnostic radiologique et clinique : séquelle d'appendicectomie périviscerite carrefour inférieur coudure iléale.

Malade non réopéré.

B) Troubles de stase colique droite par péricolite sur le segment caeco-colique

Lorsque les formations membraneuses ou épiploïques adhésives s'insèrent sur le caeco-colon, il existe une fixité relative, surtout latérale, de ce segment à la palpation clinique et sous les rayons : les sténoses partielles sus-caecales peuvent provoquer des crises aiguës de distention gazeuse douloureuse (voir II), dans la mesure

d'extensibilité des formations adhérentes. Le malade de notre observation 41 (Prof Lardennois) est un exemple typique d'un degré plus avancé, le caecum se trouvant engainé par un *sac de péricolite étroitement moulé sur lui* : dans les cas analogues, sur la table d'opération, après *décollement* et libération, le gros intestin tassé et comprimé s'allonge et semble augmenter de volume ; (obs. 43) mais on a signalé des formes scléreuses progressives comme le fait se présente pour les vésicules lithiasiques.

La réaction abdominale douloureuse à l'*hyperextension du tronc* avec élévation des bras, rotation latérale du thorax, doit toujours être recherchée lorsque la radioscopie a mis sur la voie du diagnostic (obs. 16 bis et 41).

Enfin quand l'angle colique droit à ses deux branches cravatées par le processus péricolique elles tendent à se réunir et à se rapprocher d'elles-mêmes dès que la main veut les séparer ; parfois elles sont intimement *accollées* de façon irréductible en « *canons de fusil* » selon la comparaison admise et suivant le degré d'étendue de cet accolement l'ensemble du cadre colique prend parfois un *aspect général en grand H* (obs. n° 46 et n° 2) ; la radioscopie stéréoscopique en facilite l'étude segmentaire. Les symptômes demeurent ceux déjà décrits d'une stase colique droite avec ampoule caecale élargie et douloureuse, spasme nauséux et dans quelque cas poche de gaz au sommet de l'angle sous-hépatique lui-même, et borborygmes dont le malade fixe le siège du doigt et qu'il sent filer brusquement. Une *ptose du colon droit associée n'est pas exceptionnelle* (observ. 4) avec l'angulation douloureuse descendue en pleine fosse iliaque ; un examen hâtif sans radioscopie et l'absence de renseignements précis sur les crises paroxystiques passées

aboutiront ici encore à un diagnostic erroné d'appendicite simple

Parmi les séquelles d'appendicectomie nous avons relevé plusieurs accolements de ce genre (obs. 46, 47, 53.55), par épiploïte droite adhésive, ou par propagation descendante externe d'une périviscerite du carrefour supérieur.

Observation n° 40, (Service du Dr Enriquez). — Perityphlite opérée.

Mademoiselle P.... Suzanne — 16 ans.

Troubles dyspeptiques, remontant à 3 ans, à forme *hypsthénique* avec digestions lentes, état migraineux et renvois acides.

Nausées très fréquentes, sans vomissements.

Douleur spontanée constante dans la fosse iliaque droite. Alternatives de constipation et de diarrhée.

Rien d'intéressant dans les antécédents.

Examen radioscopique. *Debout* : Estomac ptosé avec contractions tardives. *Douleur vive le long du segment caeco-colique.*

Dans le décubitus : l'estomac se réduit, le *caecum* ne remonte pas, la douleur sur le caeco-colon est la même.

Examen du sang. Numération des G. B. : 5.600.

Formule leucocytaire (sang sec)	}	Polynucléaires	54
		Mononucléaires	10
		Lymphocytes	30
		Eosinophiles	6

Donc : mononucléose 40 o/o et oésinophilie 6 o/o.

Diagnostic clinique et radiologique : périviscerite caeco-colique.

Opération. (Dr Arrou) 25 avril 1917. *Caecum* fixé à la paroi par des adhérences massives qu'on dissèque difficilement aux ciseaux.

Grêle normal. *Appendicectomie.*

Observation n° 41, (Prof. Lardennois). — *Séquelles d'appendicectomie, adhérences récidivantes, sac de péricolite engainant le caecum.*

Mlle S.... 32 ans.

En 1911 *appendicectomie simple à froid*, pour phénomènes douloureux de la fosse iliaque (en même temps ablation d'un petit kyste de l'ovaire droit.)

Après l'opération et progressivement pendant deux ans, amaigrissement et persistance des douleurs abdominales.

En 1913 nouvelle intervention : on libère des adhérences et on fait une hystéropexie.

La malade continuant à souffrir demande encore à être opérée : on conseille de la radiothérapie : après une vingtaine de séances les douleurs augmentent encore — apparition de nausées qui persistent pendant toute la guerre avec état général très précaire.

En 1920, le Prof. Lardennois consulté, décèle à l'examen clinique une *réaction abdominale douloureuse à la palpation ainsi qu'à l'extension du tronc avec élévation des bras* ; en plus *réaction nauséuse immédiate* lorsqu'on relève ou qu'on mobilise latéralement le colon transverse.

Diagnostic clinique : adhérences de péricolite.

Opération (21 mars 1921 Prof. Lardennois) Anesthésie au protoxyde d'Az.

Nombreuses adhérences épiploïques au niveau de la paroi, des colons et de l'ancienne hystéropexie ; le caecum est absolument entouré d'un sac de péricolite formant une sorte de cavité moulée sur l'organe et descendant au-dessus du détroit supérieur. Le gros intestin est libéré selon les plans de clivage ; pas de cicatrice visible sur le caecum de l'ancienne appendicectomie.

Suites opératoires normales.

Malade revue après six mois : en état parfait, ayant repris une vie normale.

Observation n° 42. (Service du D^r Enriquez). — Appendicite + membrane de Jackson (péricolite stase iléale).

Mademoiselle De.... 27 ans.

Vient consulter à la Pitié au début d'avril 1917, pour des douleurs abdominales localisées à droite, survenant sans horaire fixe par crises espacées, et accompagnées de nausées avec rares vomissements, les douleurs sont plus fortes en position debout.

Cet état remonte à plus d'une année, s'accompagne de céphalées tenaces à forme migraineuse et d'un amaigrissement progressif de plusieurs kilogs. Constipation habituelle. Forte hyperchlorhydrie gastrique : trois grammes. Ni hématéme ni malena.

Examen radioscopique : Ptose gastro-colique irréductible, on ne peut séparer sous l'écran la région pylorique de l'angle colique droit ; caecum douloureux. Stase iléale.

Examen du sang. G. B. : 5.600.

Formule leucocytaire	{	Polynucléaires	54
		Mononucléaires	42
		Eosinophiles	4

Indications opératoires : Exploration des deux carrefours.

Opération 3 août 1917 (D^r Pauchet). — Ablation d'un appendice malade et d'une membrane de Jackson sur le caecum. On n'explore pas le carrefour supérieur.

Observation n° 43. (P^r Grégoire. Archives des maladies du tube digestif, février 1919). — Séquelles d'appendicectomie membrane de Jackson haute. Accolement des deux branches de l'angle droit.

J... Elie, 23 ans, soldat.

Coliques dites appendiculaires en octobre 1916 et en janvier 1917.

Appendicectomie en mars 1917. — Malade évacué ensuite d'hôpital en hôpital pour « troubles intestinaux du flanc droit » — « coliques hépatiques » etc.

En mai 1918, hospitalisé dans le service du D^r Grégoire, une radioscopie faite à ce moment montre une coudure sur le colon ascendant.

A l'opération : on trouve un gros intestin très distendu, enveloppé d'une membrane de Jackson qui se fixe au-dessous du foie et s'étale en bas jusqu'au caecum, lequel demeure libre.

La première portion du colon transverse est coudée en bas et adhérente à la face antérieure du colon ascendant : celui-ci, dégagé des formations de péricolite paraît doublé de longueur.

Colepxie postérieure.

Suites opératoires normales.

Observation n° 44. (P^r Grégoire Loc. cit). Séquelles d'appendicectomie. — Membrane de Jackson haute, colon ascendant coudé par bride épiploïque.

A.... Eugénie, 24 ans.

Appendicectomie en janvier 1911, à l'hôpital Lariboisière, pour douleurs iliaques droites presque continues avec une crise violente, état nauséux sans vomissements, bon état général.

Après une amélioration d'un mois mêmes symptômes douloureux qu'avant l'opération.

La malade revient à l'hôpital où on ne lui trouve aucun signe objectif et d'où elle sort après avoir été traitée comme une neurasthénique.

Examinée à l'hôpital Tenon en 1912, par le Prof. Grégoire qui élimine d'abord par une séparation des urines la possibilité d'un hydronéphrose au début et pense à une lésion péricolique.

Opération (août 1912). On trouve une bride épiploïque adhérente au caecum et une membrane transparente vascularisée descendant de la face inférieure du foie en arrière et s'insérant largement sur la face antérieure du colon ascendant replié sur lui-même.

Libération et colopexie en équerre.

Malade revue en février 1919 : sept ans après, plus de douleurs abdominales, activité normale.

Observation n° 45. (P^r Grégoire, loc. cit.). — Crises simulant l'appendicite chronique. Membrane de Jackson haute.

B...., 23 ans, étudiant.

Deux crises de douleurs abdominales droites en 9 ans, précédés d'un état nauséux et accompagnés de vomissements : on les traite par la glace, comme étant appendiculaires.

En octobre 1913 troisième crise douloureuse violente : sans nausée, ni défense de la paroi, caecum distendu à son tympanique élevé.

On croit à de l'appendicite aiguë.

A l'opération le P^r Grégoire ne trouve qu'un petit appendice scléreux, mais autour du C. A. une enveloppe vélamenteuse qui se renforce en bride sous le rein et tend en bas le caecum, libération.

— Le malade mourut accidentellement en 1918, après avoir fait toute la guerre dans un bataillon de zouaves, et sans avoir plus souffert de l'abdomen.

Observation n° 46. (P^r Grégoire). — Epiploïte adhésive à C. A. colons en H.

Jeanne B.... 23 ans. Constipée depuis l'enfance — santé toujours précaire avec anémie.

Depuis de nombreuses années douleurs abdominales (flanc

et fosse iliaque droite) avec alternatives de constipation et de diarrhée — mauvaise haleine, mais appétit conservé.

Amaigrissement progressif depuis trois ans avec douleurs abdominales par poussées aiguës.

En février 1918, le Pr. Grégoire examine cette malade et trouve une fosse iliaque droite douloureuse spontanément et à la pression dans toute son étendue ainsi qu'un gros caecum distendu, à sonorité tympanique avec léger soulèvement de la paroi à jour frisant.

A la radioscopie, un lavement bismuthé montre une déformation générale du cadre colique en forme d'H.

A l'opération : colon ascendant coudé sous le foie et englobé dans le grand épiploon enflammé et anormalement développé de ce côté, tandis que le caecum est libre ; libération, colepexie.

La malade revue en décembre 1918, allant bien, avec bon appétit et selles régulières.

Observation n° 47. (Pr Grégoire). — Séquelles d'appendicectomie. Epiploïte adhésive péricæcale ; membrane de Jackson haute. L.... Jean. soldat d'infanterie..

Dans le passé deux crises appendiculaires avec vomissements ; appendicectomie (Avril 1918) : suites opératoires prolongées par de la supuration.

Puis troubles gastro-intestinaux persistants, coliques, balonnement après les repas quel que soit le régime alimentaire.

Palpation douloureuse au niveau du C. A. et irradiation sous le foie lorsqu'on comprime le caecum, spasme sur le C. T. ; constipation habituelle mais fèces normales.

La Radioscopie montre le segment caeco-colique en position sus-iliaque, avec image large sans bosselure : accollement en canon de fusil à l'angle droit.

Opération (7 décembre 1918), caecum enveloppé d'adhérences épiploïques ; longue membrane de Jackson descendant sur le C. A. qu'elle enveloppe.

Libération, colopexie.

Observation n° 48. (Pr. Grégoire). — Membrane de Jackson basse.

Marcelle, P.... 14 ans. Opérée de hernie sans appendicectomie en 1917.

Entre à l'hôpital en janvier 1917, pour des douleurs abdominales cataloguées « appendicite chronique. »

A eu un matin de décembre 1918, une douleur brusque et violente partant de la région de Mac-Burney et irradiant dans tout l'abdomen, *ni vomissements ni température*, depuis ces coliques ont repris chaque jour à plusieurs reprises pendant quelques minutes ; état général satisfaisant.

Radioscopie : retard d'évacuation caecale, colon droit lisse coudé au tiers moyen.

Opération : caecum et C. A. enveloppés par une membrane courte insérée sur le péritoine parétial latéral et sur le bord externe du colon depuis le caecum jusqu'à l'angle sous-hépatique qui n'est pas recouvert. C.A. coudé au 1/3 moyen. Libéré, il paraît s'allonger. Appendicectomie ; guérison sans incident.

C) Périviscerites du carrefour supérieur

Le rapport de MM. Enriquez et Durand au Congrès de Médecine de 1922 sur l'ulcus gastrique et duodénal, en vulgarisant en France la méthode américaine de *radiographies instantanées* en série (Cole 1913), a donné un renouveau à cette question très importante des inflammations du carrefour sous-hépatique. Elle a permis à différentes reprises de porter des diagnostics précis, contrôlés par l'opération, de péricholecystites, de périoduodénites, de périgastrites. Ces périviscerites sont constituées par un *nid de formations séreuses*, (tissu cellulaire lâche, lamelles adhérentes, brides scléreuses) s'étendant sur la vésicule et les voies biliaires efférentes à ce niveau, sur le pylore et les trois premières portions duodénales. Nées sur place elles peuvent provenir d'une *périoduodénite* (d'origine ptosique ou ulcéreuse) ; propagées par voie descendante elles sont la diffusion irradiée d'une *péritonite sous-hépatique discrète* enveloppant d'abord la vésicule, épaissie et retractsée ; développées de bas en haut elles

résultent d'une toxi-infection appendiculaire ou typhlitique avec transmission épiploïque (obs. 49, 50, 51) chevauchant le colon ascendant. Ne pas oublier la possibilité de séquelles néo-séreuses d'un ancien *appendice enflammé en position haute sous le foie* (obs. n° 53 et 58).

Tripier et Paviot ont noté des cas où les deux carrefours sont pris à la fois, sans que l'étape du C.A. transmetteur soit décelable : on trouve alors, *en haut* une vésicule grisâtre, petite, avec quelques lamelles l'unissant au duodenum et à la naissance du colon transverse, *en bas* un appendice enflammé perdu au milieu d'adhérences courtes, le rattachant à la fin de l'iléon et à la paroi : ces formes anatomiques fréquemment découvertes à l'autopsie correspondent vraisemblablement à l'association des deux syndromes *appendicite et cholélithiase* longuement décrite par *Dieulafoy*, et que les auteurs contemporains tendent à rattacher à un *point de départ infectieux commun* (*Rosenow, Loeper, G. Durand*). Notre observation n° 52, avec ses signes de catarrhe vésiculaire ancien influencé par les menstrues et ses irradiations scapuloalgiques peut en être rapprochée. Mais tandis que le *Professeur Chauffard* pense que dans ce complexe morbide appendiculo-biliaire c'est la vésicule qui commence le plus souvent, *G. Durand* et *Binet*, d'après 88 observations réunies par eux, principalement dans le service de M. *Enriquez*, croient que dans plus de la moitié des cas l'*appendicite a nettement précédé les accidents lithiasiques*. Cependant nous n'envisageons nous-même ici dans la périsviscrite supérieure que le *processus inflammatoire externe, péritoneal*, en tant que complication séreuse à distance de l'*appendicite* et capable d'évoluer pour son propre compte avec désordres mécaniques dans les organes

du carrefour, même après l'ablation de l'appendice (séquelles des obs. n° 53, 54, 55, 56, 57).

Cliniquement l'état nauséux aboutit chez la plupart des malades au *vomissement vrai, bilieux ou non*, qui soulage les crampes épigastriques à type précoce avec ballonnement léger et pyrosis tardif, traduisant un trouble siégeant au début du grêle. Les douleurs spontanées et provoqués occupent *à la fois la fosse iliaque et l'hypocondre droits avec sensibilité au rebord costal, au voisinage du point cystique*.

L'écran radioscopique dissipe les incertitudes en localisant *la douleur sur le duodenum ou la vésicule* en dévoilant la réaction motrice de compensation de *l'estomac hypertonique presque toujours, hyperkinétique* souvent, ou *même spasmé* (obs. 53) avec *visibilité persistante du bulbe duodéal* : il décèle surtout un signe constant dans plus de la moitié de nos observations (52, 53, 56, 57, 57 bis, 58) : *le rapprochement anormal de la région pyloro-duodénale et de l'angle colique droit*, celui-ci étant attiré vers la ligne médiane de l'abdomen et déviant ainsi de sa direction primitive (oblique en haut et en dehors) l'axe du caeco-colon. Cette obliquité gastrique vers la droite n'est pas pathognomonique absolument, mais sa fréquence s'explique par la rétractilité des adhérences qui bloquent la région.

On a signalé des formes de pseudocholecystite avec ictère léger, d'autres avec sténose sous-vatérienne ; dans notre observation 54, la compression portait sur la 3^e portion duodénale, avec rétention en avant et vésicule distendue, (avec *petites crises fébriles à formes d'embarras gastrique*).

L'erreur, dans les cas d'intensité moyenne et en l'absence de radio est de dire : *appendicite avec petit hépatisme*.

Observation n° 49. (Service du D^r Enriquez). — Appendicite et pericholecystite, épiploïte, légère pèrisviscérité, carrefour supérieur.

Mme M.-L. Dub..., 19 ans.

La malade entre à l'hôpital le 24 mai 1920 pour des douleurs abdominales ; elle signale dans son passé une crise d'entérite, à l'âge de 12 ans.

Depuis deux ans elle se plaint, d'une douleur survenant une heure après les repas, siégeant à l'épigastre, dans les flancs et le bas ventre à droite, parfois vomissements avec débris d'aliments non digérés et bile ; ces vomissements calment les douleurs.

Il y a un an la malade a été hospitalisée pour une pleurésie sèche et des douleurs gastriques pour lesquelles on lui a fait une série de lavages d'estomac ; après une période d'amélioration les symptômes digestifs ont reparu plus violents depuis peu ; douleur à l'épigastre et dans la fosse iliaque droite après les repas (deux à trois heures), céphalées, diarrhées avec selles muqueuses et membranes pendant dix jours ; anorexie et dégoût pour les viandes ; la malade aurait eu à deux reprises des selles mélaniques, mais jamais d'hématémèse ; un peu de fièvre le soir.

Examen clinique. Vives douleurs à la palpation de l'épigastre et dans le petit bassin ; la région caecale et le point de Mac-Burney sont douloureux à la pression ; respiration saccadée au sommet droit ; rien d'autre à signaler.

Examen radioscopique. Position debout. Estomac hypertonique sans hyperkinésie, première portion duodénale visible en permanence : douleur à ce niveau ; caecum un peu dilaté, douloureux en bas et en dedans.

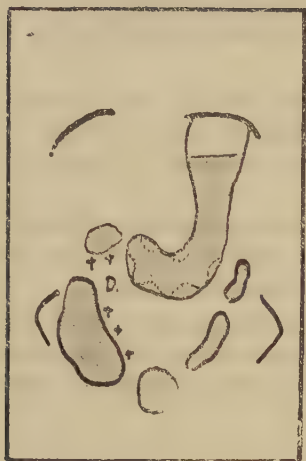
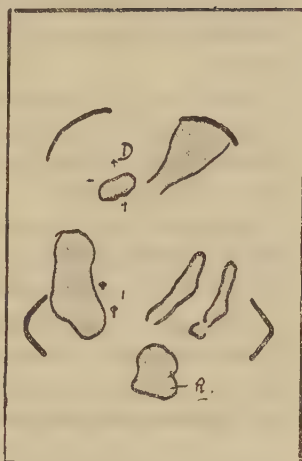


Fig. IV bis Position debout



Decubitus dorsal

Décubitus dorsal, visibilité duodénale et points douloureux dans la région du carrefour supérieur ; le caecum remonte très facilement ; il est douloureux à la pointe et à son bord interne.

Diagnostic clinique : appendicite chronique, explorer le carrefour supérieur ; possibilité d'un ulcère duodénal ou pylorique

Compte-rendu opératoire, (Prof. Gosset), (9 juin 1920). Incision médiane, sous-ombilicale : vésicule biliaire normale avec une légère péricholecystite entre la vésicule et l'angle colique droit ; à la palpation on ne trouve rien au pylore, ni au duodénum, on va au caecum et on amène facilement au dehors un appendice très malade avec portion supérieure dilatée ; ablation par écrasement ; la petite infection des voies biliaires vient sans doute de l'appendice ; la terminaison de l'iléon est normale dans ses dix derniers centimètres ; l'épiploon est lourd, gros surtout dans sa moitié gauche : on le resèque en sept paquets.

Suites opératoires : simples.

Observation n° 50. (Service du D^r Enriquez). — Appendice adhérent + épiploïte ; légère péritiviscérite, carrefour supérieur.

M. La..., chauffeur, 43 ans.

Vient à la consultation du D^r Enriquez en janvier 1920 ; malade souffrant de constipation depuis 15 ans ; *pituïte fréquente*

le matin ; immédiatement après les repas, sensation de lourdeur épigastrique avec tendance au sommeil, palpitations ou vertiges.

Depuis peu, *pyrosis subtardej* et vive douleur spontanée dans la fosse iliaque droite, une demie-heure après les repas ; se diffusant à tout l'abdomen parfois et *l'obligeant à se courber en avant* ; amaigrissement.

En janvier 1920, à la suite de crises d'apparence hémorroïdaire avec selles rubanées (3 Weber négatifs), on fait une rectoscopie et on cautérise plusieurs ulcérations rectales.

A l'examen : point douloureux constant au rebord costal droit (région vésiculaire) et dans la fosse iliaque droite, foi hypertrophiée dépassant de trois travers de doigt ; point de Mac Burney douloureux. Tension artérielle 14/8.

1^{er} Examen radioscopique, janvier 1920, estomac hypertonique, avec évacuation rapide dans le duodénum, douleur solaire.

2^e examen radioscopique (Juillet 1920.) Debout : estomac élargi hyperkinétique, avec sensibilité douloureuse dans la région pylorique ; douleur au fond et au bord interne du caecum

Couché : mêmes points douloureux, région duodéno-pylorique et vésiculaire ; un peu de stase iléale ; le caecum ne remonte pas et semble fixé par sa pointe ou par l'appendice.

Diagnostic clinique : periappendicite, faire à l'opération une exploration large de la fosse iliaque droite et de la région pyloro-duodénale.

Compte rendu opératoire (15 juillet 1920), (P^r Gosset). Incision médiane sous-ombilicale.

Estomac distendu, pylore un peu induré mais circulairement ; vésicule normale, avec quelques adhérences au duodénum ; colon transverse normal, on amène au dehors le caecum avec un appendice qui est double de sa longueur normale, plonge dans le petit bassin et il est adhérent par sa pointe : il est aussi épaissi et enflammé (folliculite) ; l'épiploon est lourd et grenu dans toute sa moitié droite qu'on résèque en la liant en sept paquets.

Suites opérations : simples.

Malade revu un an après : très amélioré.

Observation n° 51, (Prof Lardennois). — *Séquelles d'appendicectomie, épiploïte adhésive, Périviscérite du carrefour supérieur avec compression duodénale.*

Mlle B..., 24 ans.

Appendicectomie en 1914, par un chirurgien suisse ; la malade n'avait présenté auparavant que des troubles chroniques sans crise appendiculaire franche.

Amélioration pendant quatre ans, puis en avril 1918, santé moins satisfaisante, vomissements bilieux, *douleur dans l'hypochondre et la fosse iliaque droits, fièvre, amaigrissement* : la malade s'alite pendant quinze jours ; en septembre de la même année, *digestions difficiles avec ballonnement épigastrique* et état constamment nauséux : *quelques vomissements*

Durant l'hiver 1918 19, régime alimentaire sévère pour ces troubles dyspeptiques qui s'accompagnent souvent de *gêne et de distension dans le côté droit de l'abdomen.*

En novembre 1920, *crise fébrile (39°) à forme d'embarras gastrique*, puis défervescences progressive

Le Professeur Lardennois intervient le 15 décembre 1920 : Anesthésie au protoxyde d'Az., laparotomie médiane ; *adhérences épiploïques* dans toute l'étendue de la *cicatrice appendiculaire* *vésicule biliaire distendue* ; on libère des *adhérences comprimant la troisième portion duodénale* et provoquant un *état de rétention en amont* ; gros épiploon, lourd, très épaissi : *résections par pédicules isolés.*

Malade revue six mois après : en bon état.

Observation n° 52. (Service du D^r Enriquet). — *Périviscérite supérieure, séquelles d'appendicectomie, caecum mobile.*

Mme Nas..., 32 ans, femme de chambre.

Vient à la consultation du service III en *février 1920.*

Dans le passé de la malade on note chaque année quelques crises diarrhéiques depuis l'âge de 24 ans, mais dans l'ensemble et surtout depuis trois ans, *constipation habituelle et règles très douloureuses.*

Grippe en 1919. Peu après *crise de diarrhée aiguë* pendant une semaine, avec sept à huit selles quotidiennes très liquides, avec glaires et stries sanglantes et parfois sans aucune matière fécale ; depuis cette époque la malade se plaint d'une douleur quatre heures après le repas de midi et du soir, ainsi que la

nuît vers trois heures du matin, cette douleur est épigastrique et abdominale droite avec irradiations vers le rebord costal droit, l'hémi-thorax et l'épaule du même côté; les douleurs de la fosse iliaque droite se propagent quelquefois dans la racine de la cuisse; ces douleurs sont exaspérées par la marche et la menstruation, nausées assez fréquentes, n'allant pas jusqu'au vomissement; amaigrissement de 7 kilogs en trois mois.

Examen : naevi pigmentés sur l'abdomen; foie légèrement débordant; douleur à la palpation de l'épigastre, le long du rebord costal droit et dans la région caecale interne; le caecum paraît un peu dilaté, gargouillant et facile à mobiliser.

Pression artérielle : 14/7. Rien aux autres organes.

Radioscopie. Premier examen, février 1920. Position debout : estomac hypotonique, dilaté et ptosé, contractions fortes, évacuation duodénale visible.

Position couchée : estomac visible en totalité; douleur duodénale et vésiculaire; douleur à la palpation du caecum qui remonte bien et est facilement mobilisable à travers la paroi, latéralement.

On porte alors le diagnostic clinique de lithiasé probable et d'appendicite chronique; la malade est traitée médicalement pendant deux mois (salicylate et benzoate de soude, urotropine, régime végétarien, applications chaudes); aucune amélioration et l'amaigrissement continue; quelques poussées fébriles le soir 37°5, 38°

La malade entre à l'hôpital au début de mai 1920; l'examen du sang décèle une

Formule leucocytaire normale	{	Polynucléaires, 70.	{	et un peu de
		Eosinophiles, 1.		leucocytose
		Mononucléaires 22		Globules blancs
		Lymphocytes, 7,		11.600

a) Deuxième examen radioscopique Position debout : Douleur au carrefour pyloro-colique, pylore et angle colique droit adjacents; deuxième portion du colon ascendant déviée à gauche.

b) Position couchée : douleur duodéno-vésiculaire, sensibilité douloureuse nette sur le bord interne du caecum et du colon ascendant, stase iléale, caecum remontant très facilement.

Diagnostic : appendicite avec épiploïte, périviscérite du carrefour supérieur.

Opération (21 mai 1920) ; *caecum mobile, libre, se laissant très facilement amener au dehors.*

Appendice de longueur moyenne, avec méso-graisseux : écrasement et enfouissement.

Par erreur on n'a fait qu'une incision de Mac-Burney et une appendicectomie simple sans exploration de la région duodéno-vésiculaire ; les suites opératoires sont normales, mais la malade est bientôt reprise des mêmes douleurs tardives au rebord costal droit avec courbatures au moindre mouvement et dans la position debout ; la palpation réveille une douleur au niveau de la cicatrice même, au caecum et dans la région vésiculaire ; on propose une seconde intervention sur la vésicule cette fois, mais la malade la refuse.

Le D^r Nemours lui fait suivre un traitement diathermique : à la vingt-neuvième séance les douleurs caecales ont disparus ; la vésicule demeure sensible.

Observation n^o 53. — (Service du D^r Enriquez) ; *Séquelles d'appendicectomie suppurée sous-hépatique, péricolite et périviscérite supérieure (diagnostic clinique et radiologique).*

M. Louis M..., 41 ans, employé, Nogent-sur-Marne ; opéré en 1911 d'une *appendicite suppurée avec abcès sous-hépatique* ; depuis l'opération le malade souffre, et plus spécialement depuis deux ans ; *nausées* le matin à jeun et dans la journée et sans horaire régulier ; après les repas douleur épigastrique tardive ; constipation opiniâtre.

Examen (juin 1919) : fosse iliaque sensible et douloureuse à la palpation ; *amaigrissement* notable.

Radioscopie : sommets pulmonaires normaux ; pas de stase iléale ; pas de liquide gastrique à jeun ; *segment caeco-colique se dissociant mal*, en position debout et dans le décubitus horizontal ; le colon transverse ne remonte pas ; douleur dans toute la masse caeco-colique ; estomac allongé ; *région pylorique en connexion assez immédiate avec l'angle colique droit.*

Diagnostic clinique et radiologique : *séquelles d'appendicectomie à chaud ; péricolite droite ; carrefour supérieur à voir. Pas de nouvelle intervention.*

Observation n° 54. — (Service du D^r Enriquez).

Mlle Berthe Laz..., 40 ans, employée ; pas d'antécédents pathologiques personnels notables, sauf *appendicectomie en mai 1918*, après quelques crises légères ; depuis six mois *douleur continue dans l'hypocondre droit, surtout la nuit*, sans crises plus fortes ; sensibilité épigastrique douloureuse trois à quatre heures après les repas : pas d'ictère ni de *décoloration des matières*, sauf tout récemment à deux reprises ; pas de constipation.

A l'examen (8 juillet 1919) : tout le cadre colique et la région de la cicatrice opératoire sont sensibles ; le caecum et le colon ascendant sont douloureux à la palpation.

Premier examen radioscopique : *estomac très à droite ; région vésiculo-pylorique douloureuse.*

La malade est soumise au traitement salicylate et benzoate de soude avec un régime sans œufs ni graisse ; après trois mois, la sensibilité abdominale persiste mais amoindrie et sans aucune crise aiguë ; *en juin 1920* la malade ayant encore perdu cinq kilogs, revient à la consultation ; elle a eu *une crise avec vomissements* deux mois auparavant ; on trouve une *vive douleur à la palpation périombilicale à droite*

Deuxième examen radioscopique : *estomac hypertonique spasmodique ; douleur duodénale.*

En janvier 1921 : la malade a regagné deux kilogs et n'a pas représenté de crise aiguë ; à la palpation sensibilité douloureuse région duodéno-vésiculaire. En février nouvel amaigrissement ; la malade continue à souffrir de la même région.

Diagnostic clinique : *périviscérite droite*, à opérer, avec exploration de la région du carrefour supérieur.

La malade refuse l'intervention.

Observation n° 55. (Service du D^r Enriquez). — *Séquelles, d'appendicectomie périviscérite supérieure.*

Mlle S... Gabrielle, 17 ans.

Vient à la consultation du D^r Enriquez, en avril 1917, pour douleurs abdominales avec *état nauséux à peu près habituel*.

Début il y a un an, avec symptômes de *dyspepsie hyposthénique et constipation opiniâtre*.

Migraines fréquentes. Pas de crise d'appendicite aiguë, mais pesanteur douloureuse dans la fosse iliaque droite, avec vive sensibilité à la palpation.

La malade qui a souffert de rhumatisme articulaire aigu il y a trois ans, présente actuellement un souffle de rétrécissement mitral.

Examen radioscopique. Ptose gastro-colique accentuée.

Estomac dévié vers la droite, mais réductible dans son ensemble ; *angle colique droit fermé* ; vive douleur au niveau du caecum.

Examen du sang G. B 9.200.

Formule leucocy.	{	Polynucléaires, 50	{ 49
		Mononucléaires, 35	
		Lymphocytes, 14	
		Eosinophiles, 1	

Indications opératoires : Exploration des deux carrefours. *Périviscérité probable.*

Opération (25 avril 1917). Ablation d'un *appendice retro-caecal* très enflammé. Par erreur, on examine pas le segment caeco-colique, ni le bord épiploïque droit.

En avril 1918, un an après l'intervention, la malade n'accusait aucune amélioration et présentait une formule leucocytaire analogue, avec légère augmentation des polynucléaires : 63 o/o.

Observation n° 56. (Consultation Dr Enriquez). — *Séquelles : carrefour supérieur, périviscérité, (diagnostic clinique et radiologique)*

Eugène L..., 37 ans, tailleur.

Ancien hémorroïdaire avec saignements intermittents en 1917. Première crise d'entérite avec constipation et débâcles membranées : puis crises répétées avec périodes de calme de deux à trois semaines ; en mai 1920, trois crises appendiculaires nettement caractérisées avec T et vomissements.

Appendicectomie à froid à l'hôpital Bichat, en juin 1920.

Amélioration générale chez le malade pendant quelques mois et reprise de poids ; puis les crises intestinales réapparaissent avec *localisation plus accentuée dans l'hypocondre droit* ; alternatives de constipation et de diarrhée, malgré le régime végétarien et farineux ; a eu tout récemment un vomisse-

ment alimentaire le soir tard, après une violente crise douloureuse dans l'hypocondre droit ; rien à signaler comme antécédents.

Examen (janvier 1921) : taches subictériques aux conjonctives ; à la palpation, douleur tout le long du bord interne de la cicatrice opératoire ; le point plus spécialement sensible dont se plaint le malade à l'hypocondre droit, correspondrait à l'angle colique ou à la région vésiculaire

Examen du sang. G. B. 9.800

<i>Formule leucocytaire</i>	{	Polynucléaires, 60	{	37
		Eosinophiles, 3		
		Mononucléaires, 19		
		Lymphocytes, 18		

Examen radioscopique : transit normal ; estomac hypotonique, avec segment prépylorique un peu élargi : tiré entièrement vers la droite et dont on sépare avec peine le coude droit du colon ; douleur abdominale droite avec maximum au niveau de l'angle colique.

Diagnostic clinique et radiologique : Péricystite carrefour supérieur.

La malade refuse une seconde intervention.

Observation n° 57. — (Service Dr Enriquez. — Séquelle d'appendicectomie, épiploïte, vésicule douloureuse.

Madame Nur... 42 ans, rentière.

Ictère catarrhal à 7 ans et à 25 ans ; crises de rhumatisme articulaire aigu.

Appendicectomie en 1916, après une crise aiguë et des troubles gastro-intestinaux très douloureux, l'opération soulage d'abord la malade, mais après 10 mois les troubles reparaissent avec état nauséux presque continu, digestions longues et pénibles avec gastralgie à type précoce, parfois vomissements qui soulagent la malade ; constipation avec débâcles diarrhéiques ; fortes migraines, somnolence après les repas et insomnie la nuit, souffle systolique aortique, hypertension artérielle : 22. Danse des artères.

Examen radioscopique, petit estomac hypertonique, douleur vive le long du caecum et du colon ascendant ainsi qu'au niveau de la vésicule biliaire dans le décubitus : pas de stase iléale.

Examen du sang : G. B. 9.000.

<i>Formule leucocytaire</i>	{	Polynucléaires, 47.
		Mononucléaires, 53.

On porte le diagnostic clinique et radiologique d'épiploïte avec carrefour supérieur à explorer et on propose une nouvelle intervention qui est refusée.

Observation n° 57 bis. — (Service du Dr Enriquez). — Séquelles d'appendicectomie. Périviscéríte supérieure.

Madame B... Léontine, 19 ans, ouvrière.

Opérée d'appendicite en 1914, pour troubles gastro-intestinaux chroniques sans crise aiguë.

La malade est envoyée dans le service du Dr Enriquez par un médecin gynécologue, en vue d'une exploration du tube digestif. Entrée pour salpingite avec dysmenorrhée, on ne relève rien de spécial du côté de ses annexes.

Depuis six ans elle souffrait de *douleurs violentes dans la fosse iliaque droite* au point de *ne pouvoir pas marcher* et sans grand soulagement dans la position couchée; pas de symptômes intestinaux du côté de la défécation; migraines et insomnies fréquentes, nausées, amaigrissement; *l'appendicectomie, loin de procurer un soulagement a accentué les malaises*; palpation douloureuse au niveau de la fosse iliaque et du flanc droit.

Examen radioscopique, aérogastrie et aérocolie ptose du C. T.

Estomac dévié vers l'angle colique droit et demeurant adhérent dans le décubitus dorsal; douleur caecale diffuse.

Examen du sang : G. B. 9.600.

Formule leucocytaire	{	Polynucléaires, 61.
		Mononucléaires, 34.
		Eosinophiles, 5.

Diagnostic clinique et radiologique : *Périviscéríte probable au niveau de l'angle colique droit.*

Une nouvelle intervention chirurgicale est refusée.

Observation n° 58. — (Service du Dr Enriquez) : Séquell_e
tardive d'appendicectomie sous-hépatique : syndrome d'épiploïte avec hyperchlorydie.

M. Robert A..., 18 ans, étudiant : *Opéré d'appendicite à l'âge de sept ans*, après une crise aiguë, franche : on trouve du pus dans la lumière de l'appendice, en situation très remontée *dans la région sous-hépatique*. Depuis 1917 seulement le malade souffre de troubles dyspeptiques pour lesquels il vient à la consultation du Dr Enriquez à la Piété : il s'agit d'un *syndrome gastrique tardif* avec pyrosis et regurgitations acides survenant vers cinq heures de l'après-midi et aux environs de minuit ; parfois se produisent aussi de petits vomissements acides amenant une sédation ; on note de la diarrhée fréquente

avec intervalles de constipation ; des migraines avec épistaxis et de la *scapulalgie droite* ; tension artérielle: 16 ; léger amaigrissement.

Examen radioscopique : Ptose gastro-colique réductible ; estomac tonique, mais en position centrale ; vive douleur le long du segment caeco-colique et au plexus caeliaque.

Examen du sang : Numération des G. B. : 6.000.

<i>Formule leucocytaire</i>	{	Polynucléaires	55.
		Mononucléaires	44.
		Eosinophiles	1.

Diagnostic clinique et radiographique : « épiploïte avec périviscérite, du carrefour sous-hépatique ».

Malade non réopéré.

CHAPITRE IV

Aspects radiologiques

C'est grâce à des explorations radiologiques méthodiquement répétées que *Wilms* a pu distinguer le caecum mobile du chapitre de l'appendicite chronique, *de Quervain* en séparer les constipations ascendantes et *Lane avec Jordan* la stase iléo-caecale ; les travaux de *Jackson, Flint, Mayo, Walther, Pauchet* et *Grégoire* doivent pour une bonne part à la radiologie, à ses indications sur la situation, la dimension, la mobilité et la motricité du segment iléo-caecal, d'avoir éclairé d'un jour nouveau la pathologie de cette région.

Aubourg, en décembre 1920 à la *Société des Chirurgiens de Paris*, se déclarait suffisamment convaincu par son expérience de radiologiste de la grande fréquence des lésions de la fin de l'iléon et du colon droit coexistant à l'appendicite chronique : celle-ci n'étant qu'une partie de ce que cet auteur appelle *la maladie colique droite*.

Le scepticisme ou les préventions qui arrêtent encore certains praticiens devant *l'emploi systématique des rayons X* dans tous les cas chroniques ou complexes de la pathologie gastro-intestinale, sont nés le plus souvent d'examens mal conduits, hâtifs, insuffisamment répétés, et à la suite d'interprétations imprudentes *sur des clichés radiographiques uniquement* : s'il est vrai que ces « ombres chinoises » du tube digestif, peuvent donner trop ou pas assez, selon les cas, il est trop facile cependant d'ironiser sur les spasmes fonctionnels pris pour des stigmates d'ulcus ou sur les adhérences péricoliques déduites à tort de la mobilité restreinte d'un segment intestinal.

En fait ces critiques, chaque jour plus rares, ne sauraient diminuer le nombre considérable de *diagnostics radioscopiques* sérieusement établis et confirmés par l'intervention chirurgicale : car c'est en effet *à l'écran radioscopique et aux images vivantes fournies par lui que le médecin doit venir demander lui-même un* *complément d'investigation ou une confirmation des symptômes cliniques préalablement groupés* : il doit diriger l'examen, en ralentir ou en modifier les temps selon les cas, et non pas se contenter de conseiller à son malade *d'aller se faire radiographier* ! — Notre conviction s'en est assurée, à la Pitié, en suivant de près *la liaison* constante réalisée dans le service du *Docteur Enriquez* entre la prise des observations au lit du malade, son examen à la salle de radiologie, puis ultérieurement, lorsqu'il y avait indication opératoire avec le *service chirurgical de la Salpêtrière (Professeur Gosset)*. Plusieurs de nos observations établissent clairement les *résultats favorables de cette étroite collaboration entre le médecin, le radiologiste et le chirurgien*.

Conditions et procédés dans l'examen radioscopique

Nos malades ont été préparés selon la méthode — vieille de quinze années — en usage dans le service du *Docteur Enriquez*. Dans la plupart des cas, *la purgation* est superflue, risquant de troubler les réactions motrices habituelles du tractus digestif et de faire varier la durée du transit intestinal ; elle s'impose lorsqu'on veut examiner le cadre colique avec un lavement opaque et elle doit précéder celui-ci de 24 heures au moins. D'ordinaire, la veille de l'examen, le patient absorbe à 4 heures, à 8 heures du soir et à minuit un petit repas opaque

composé chaque fois de 30 grammes de carbonate de bismuth ou de 50 grammes de sulfate de baryte gélatineuse, délayés dans un peu d'eau ou de lait tiède, avec addition de poudre de chocolat sucrée en cas de tendance nauséuse ; puis il reste à jeun à partir du diner (pris léger mais à l'heure habituelle) jusqu'au moment de l'examen, cād. *vers 10 heures du matin.*

Le malade est alors examiné à l'écran radioscopique, *d'abord dans la position debout* : le dernier des repas opaques ayant été ingéré dix heures auparavant, le plus souvent le caecum et le colon droit sont nettement visibles et bien garnis, les deux premières prises barytées se répartissent dans le colon iliaque et l'ampoule rectale (en cas d'hyperkinésie intestinale il s'est déjà parfois produit une selle colorée). — Nous n'avons pas à nous étendre sur les manœuvres manuelles qui permettent de rechercher, *soigneusement et sans hâte*, les zones ou points douloureux sur le trajet de l'image obtenue, le degré de mobilité verticale en transversale passive ou active des différents segments et celui de l'ouverture des angles coliques. — Un schéma diagrammé est pris, et l'on donne ensuite un quatrième verre de bouillie opaque au malade pour observer sa traversée œsophagienne, les réactions toniques et motrices de l'estomac, les limites de l'aire gastrique et l'évacuation progressive dans le duodénum. Ce procédé *d'examen simultané de l'estomac et des colons* permet d'obtenir un aspect complet des ptoses gastro-coliques et dans certains cas d'éviter qu'on attribue à une stase intestinale un retard de transit dû au ralentissement pathologique de l'évacuation pylorique.

Le deuxième temps de l'examen se fait ensuite en position couchée dans le décubitus dorsal ou

ventral : pour ne pas être notoirement insuffisante
une étude radioscopique du tube digestif doit toujours
comporter l'examen dans cette position. Elle seule permet de juger complètement de la réductibilité spontanée ou forcée des ptoses, de mesurer la mobilité verticale du caecum et ses déplacements vers la ligne médiane, de différencier de l'ombre colique un point douloureux épiploïque ou annexiel ; elle donne aussi de précieux renseignements sur *les stases iléales méconnues* (parce que masquées par le caecum dans l'examen debout), et sur la visibilité totale prolongée de l'estomac, sur ces déformations en haltère, etc. — Un second dessin calqué à l'écran est pris, et qui pourra se superposer ou être raccordée au précédent.

Dans les cas d'adhérences douteuses fixant un segment colique, *la position inclinée inverse dite de Trendelenburg* peut dégager la portion intestinale, descendue dans le petit bassin, par exemple, et retenue par la compression des organes voisins. (cas signalés par *Béclère*).

Certains radiologues préfèrent examiner en premier lieu l'estomac vide puis étudier le trajet recto-colique par un lavement opaque : ce procédé respecte peut-être moins bien l'équilibre et la tonicité habituelle du gros intestin que celui de l'ingestion « per os » ; il est nécessaire lorsqu'on veut aborder par ses deux faces une zone de constriction avec sténose franche ou incomplète ; il assure en somme un remplissage plus sûr du gros intestin mais un peu forcé et qui efface les détails de contours utiles à connaître. — La seule méthode complète et scientifique d'examen sérieux du tube digestif sans les rayons X, est celle qu'on pratique dans certains cabinets-cliniques, à l'étranger, où les

malades sont hospitalisés pendant 24 heures et davantage et radioscopés d'heure en heure avec prises de schémas successifs, et de plaques, lorsqu'il convient de fixer une image ou une étape dans la progression des repas opaques.

Voici pour les cas de syndromes iliaques droits que nous avons étudiés les aspects radioscopiques notés, selon la technique exposée plus haut :

Appendicite chronique. A la palpation sous l'écran une zone douloureuse franche, limitée à la région d'implantation de l'appendice et suivant le caecum dans tous ses déplacements est le meilleur signe radiologique en faveur d'une inflammation appendiculaire. C'est à deux ou trois cm. au-dessus du fond du caecum et sur son bord interne, très peu en-dessous de la valvule de Bauhin qu'on a le plus de chance de réveiller par la pression une douleur élective, à la base d'un appendice situé en position interne descendante gauche (de beaucoup la plus fréquente). Il ne s'agit donc



pas de tenter d'atteindre ainsi le corps même du vermis parfois rétrocaecal, mais son point d'attache au confluent des trois bandelettes musculuses du caecum. Si dans le décubitus dorsal ce point douloureux suit exactement le mouvement d'ascension caecale, comme le montre la fig. V. on peut affirmer « appendicite chronique ».

FIG. V. — Point douloureux appendiculaire
(Appendicite simple)

S'il existe en même temps d'autre points douloureux caecaux ou péricaecaux, il

faut se réserver pour des lésions moins limitées avec colite catarrhale ; enfin si le point sensible demeure invariable sur un caecum qui reste fixé par son fond dans le décubitus et en Trendelenburg on pensera à des lésions de péri-appendicite ou de pérityphlite : *Fig. VI.*



FIG. VI. — Périappendicite
Pérityphlite.

Quant à la visibilité de l'appendice lui-même c'est une question de moindre importance pratique sur laquelle les avis demeurent partagés : *Jacques Roux*, en 1914 montrait dans sa thèse inaugurale à Lausanne, que, rempli exceptionnellement par un lavement, quelquefois à la suite d'un repas baryté, le vermis rendu visible ne nous indique rien sur la qualité de son état pathologique possible. — *Desternes et Baudon* n'ont ob-

tenu cette visibilité qu'une fois sur 20 examens, et *Grodel* (de Munich) croit qu'on la confond avec de fines trainées de bismuth dans la fin du grêle. *Case* par contre prétend l'avoir obtenue 275 fois sur 763 cas, et *Spriggs* écrit même qu'on peut voir l'appendice dans la majorité des cas en faisant ingérer au malade, d'abord purgé, une bouillie barytée au petit lait, et en faisant des examens répétés très rapprochés entre la sixième et la vingt-quatrième heures ; *Fleig* prétend cette visibilité naturelle dans 87 0/0 des cas, et sans signification pathologique.

Selon *Jaisson* (de Nancy), qui en a réalisé récemment quelques beaux clichés en employant *la méthode américaine*, les conditions du remplissage peuvent seuls fournir une indication pathologique « l'appendice sain se garnissant en même temps que le caecum et se vidant douze heures après lui » ; l'inégalité du remplissage, la présence de vacuoles ou de points douloureux enfin un retard dans son évacuation sont en faveur d'une inflammation chronique. — Ses recherches ont permis à Jaisson de conclure que la douleur élective est en général au-dessus du point de Mac Burney classique et que la *sensation de palper l'appendice est la plupart du temps trompeuse*, bien que certains auteurs de nos jours sont allés jusqu'à la déclarer possible *à travers le caecum !*

Quant à nous, dans le service du Dr *Enriquez*, nous avons très rarement observé cette image du vermis lui-même, quelquefois obtenue cependant par la méthode des repas barytés liquides au petit lait.

Par contre les *actions réflexes de l'appendicite chronique sur la motricité gastrique* nous ont le plus souvent fourni un type à la fois *hypertonique et hypersthénique* avec contractions rapides au début de l'examen puis persistance paradoxale d'un peu de bouillie opaque dans le bas fond cinq à six heures plus tard, (*retard paradoxal*) et *duodénum longuement visible* : en somme *syndrome de Barclay* — qu'on peut fixer par des *radiographies instantanées* successives et rapprochées de deux en deux minutes, (*Enriquez Keller et Durand*).

Enfin dans le même ordre des réactions du voisinage

on peut tenter — par pression prolongée sur la base appendiculaire — l'étude des *spasmes reflexes provoqués juxta-pyloriques ou médiogastriques* : quand on les obtient, ils sont en général peu persistants, se développent lentement à la manière d'une onde péristaltique et, en cédant au *traitement atropinique*, témoignent de leur origine extrinsèque à l'estomac.

Syndrômes mécaniques. — Ptoses du colon droit, avec dilatation. Stases iléo-caecales. Le diagnostic de la ptose du transverse se fait aisément dans la position verticale, dès que son niveau descend nettement au-dessous de la ligne bisiliaque supérieure ; très fréquemment une *image gastrique en J allongé* est associée à la chute du colon transverse qui l'encadre en forme de guirlande pouvant atteindre le pubis, et on a publié des cas où le carrefour pyloroduodénal était descendu jusqu'à la région de Mac-Burney. On observe le degré de réductibilité active de la ptose par le malade lui-même ou passive dans le décubitus dorsal, pour éliminer les péricolites serrées avec adhérences pariétales.

Dans les *défauts d'accolement des mésos du CA*, on a une *chute de l'angle sous-hépatique* qui se traduit par une ombre *atypique tassée* dans la fosse iliaque et qu'on peut parfois remonter à la main, ou capable de regagner le flanc sous l'influence d'un lavement baryté qui redresse les coudures ; (obs. de Grégoire n° 5). La dilatation caeco-colique ascendante donne de même une *image piriforme ou en massue élargie* se confondant à gauche avec l'ombre rectale et la masse des dernières anses

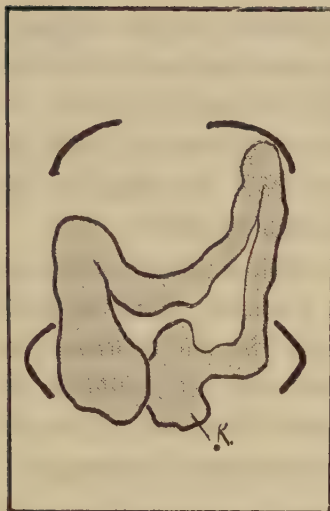


FIG. VIII. — Dilatation du colon droit
(d'après Grégoire)

grêles, avec effacement des incisures anatomiques lorsque l'atonie est accentuée : à ce degré, Bécclère a signalé des petites zones gazeuses éparpillées avec irrégularités dans le remplissage par le lavement opaque (aspect tomentueux). On est en même temps frappé de l'extrême mobilité de l'image caecale que la main repousse aisément vers le haut ou vers l'ombilic ; le malade étant couché ces déplacements sont parfois de 40 cm. dans les deux sens.

Ils s'accompagnent fréquemment de douleur à la pression par hypersthésie de la muqueuse enflammée et de la musculuse étirée en tous sens : (le même signe se rencontre dans certaines dilatations gastriques). Enfin, l'examen à l'écran étant fait dans l'intervalle des crises diarrhéiques, la rapidité de la progression des repas barytés est sensiblement diminuée, *le caecum demeurant entièrement garni après douze heures alors que tout le cadre colique est déjà dessiné : de façon ferme après quinze heures on peut dire retard dans le caeco-colon* s'il contient encore une part importante du dernier repas opaque qui constitue *la queue de la colonne*, (le grêle étant évacué). Chez une malade de Grégoire la stase caecale se maintenait après *soixante-quatre heures*. — Quand la première portion du CT est prolabée et tend à se superposer au CA. on obtient une forme générale en H

plus ou moins régulier et dissociable du cadre colique : tout le colon gauche contraste alors par son calibre avec la forme large et massive du colon droit et le transverse apparaît indiqué par des taches barytées morcelées et séparées, lorsque l'influence du centre de contraction qui s'y trouve, réalise une *constipation bipolaire*.

Après certitude de chute du colon droit on recherchera toujours avec soin à l'écran la possibilité d'une compression duodénale secondaire par la visibilité prolongée des deux premières portions duodénales et le *degré du péritaltisme à ce niveau*, en amont d'un point d'arrêt avec douleur locale, et parfois antipéristaltisme (1 observation).

Stase iléale. — Dans la position couchée il peut arriver qu'un caecum normalement mobilisable mette à découvert, en remontant lui-même, une *petite masse sombre à contour polycyclique ou diffus*, accolée à son bord interne et, qu'on différencie à la main de la dernière portion du colon sigmoïde — il s'agit là des dernières anses du grêle, les anses iléales. — Si, à *plusieurs examens*, cette ombre iléale demeure *visible neuf à dix heures après la prise du dernier repas opaque*, il s'agit d'un *retard iléal qui se répète* et par conséquent d'une *stase iléale vraie* : la constance du phénomène par des radioscopies en série, et la constatation d'une évacuation normale de l'estomac (en trois heures) permettent le *diagnostic ferme*. Si elle n'est pas secondaire à une *stase caecale* chronique, cette stase dans la fin de l'iléon est le plus souvent causée par une couture due à une périviscérite du carrefour inférieur ou à l'existence d'une *bride de Lane* (Lanés kink) congénitale. Pour déceler celle-ci il faut, selon la *technique de Jordan*, faire respirer profondément le malade, ce qui remonte le caecum en entraînant avec lui la terminaison

de l'iléon jusqu'au point de fixation par la bride recherchée : on voit alors ce dernier segment mince de l'iléon aborder le caecum de bas en haut sous un angle très aigu ou même parallèlement à son axe et *depuis un centre immobile auquel il semble accroché*, avec en amont une dilatation variable de la portion précédente et dans quelques cas un spasme douloureux à la palpation (obs. n° 30).

La *confirmation opératoire* de l'existence d'une bride de Lane après *diagnostic radioscopique* se trouve chez plusieurs de nos malades (obs. n°s 31, 34).

Réactions épiploïques. — Dans les inflammations de la portion droite du tablier épiploïque, surtout *dans les épiploïtes libres* le signe radioscopique le plus fidèle chez la plupart de nos malades de cette catégorie (séquelles d'appendicectomie, est constitué à la palpation par *une série de points douloureux échelonnés de bas en haut le long du bord interne du segment caeco-colique*, points qui dans leur ensemble remontent moins que l'intestin lui-même lorsque le malade passe à la position couchée ; ils paraissent correspondre au bord droit de l'épiploon et en fait coïncident souvent avec la partie de la paroi qui a fourni lors de l'examen clinique, une sensation de *résistance*, de *cuir* ou de tuméfaction en corde.

Quand l'inflammation épiploïque se localise surtout à la *région du carrefour iléo-caecal* et y réalise *par diffusion une périviscérité adhésive*, le caecum souvent bas situé et immobilisé par son fond ou son bord interne, est à peine déplacé par la main de bas en haut. Lorsque le malade passe à la position couchée l'image caeco-colique se modifie *en s'amincissant transversalement* et *en s'étirant verticalement* au-dessus d'une *pointe inférieure*

qui demeure fixé alors que l'angle colique remonte lui-même sous le foie de trois à cinq cm. *Enriquez et Gutmann* ont insisté dès 1913 sur la valeur de ce signe de « périappendicite », par adhérence à la fosse iliaque. La douleur à la pression est diffuse sur l'ombre caecocolique, plus nette sur le bord interne et avec point maximum inférieur dans les cas nombreux d'appendicite concomittente ou causale. On note une *stase caecale* de durée variable, avec remplissage irrégulier par le repas ou le lavement opaques et quelquefois *incisures profondes passagères* au-dessus du caecum, au niveau d'une zone habituelle de spasme, précédant l'angle colique droit. La *stase iléale* y est fréquemment associée, avec ou sans coudure selon qu'elle est secondaire à la stase caecale ou à une bride stenosante de périviscérite. Dans ces cas complexes pour distinguer les plans des ombres enchevêtrés en cette région, la *radioscopie stéréoscopique* encore peu employée, rendrait des services.

Quand la *périviscérite* se développe vers le haut par voie épiploïque ou lymphatique sous-sereuse et gagne le *carrefour vesiculo duodéno-pylorique* nous avons maintes fois observé les signes radioscopiques suivants :

1) *un estomac* se moulant bien sur son contenu, doué de *bonnes contractions* avec *tendance à l'hyperkinésie*, rarement allongé, mais *devié vers la droite* le *pylore* semblant attiré par l'angle sous-hépatique : cette disposition oblique de l'image gastrique « *en écharpe* » se rencontre aussi dans certains cas de lithiasé biliaire ou d'ulcus de la petite courbure.

2) *en regard*, la *portion supérieure du colon ascendant*, au lieu de prolonger la direction du caecum, oblique en haut et en dehors, *se coude vers la ligne médiane* de

l'abdomen et se rapproche du duodénum auquel elle se montre parfois nettement adjacente ; en même temps l'angle colique droit ainsi déplacé présente un accolement lâche ou serré de ses deux branches désigné habituellement par le terme « d'accolement en canons de fusil ».



FIG. VII. — *Position debout.*

Décubitus dorsal.

(Observation 52). *Epiploïte et périviscérité du carrefour supérieur.*

4) Dans le *decubitus dorsal*, on remarque parfois la *solidarité* des organes du carrefour sous-hépatique lorsqu'on déplace l'un d'eux, la persistance des ombres *pyloro-duodénales* sensibles à la pression de la déviation centrale de l'angle colique droit et de la coalescence de ses deux branches indissociables à la main ou rapprochées d'elles-mêmes aussitôt après écart.

L'aire gastrique se montre fréquemment mobile avec aspect dit *en haltère* : la portion tubulaire et l'antra prépylorique demeurant opaques.

Sur le diagramme réduit *fig. VII.* ci-contre, emprunté à notre observation n° 52, nous avons un calque typique de

la réunion chez le même malade des signes radiologique d'une épiploïte droite avec diffusion et périviscérité aux deux carrefours.

Péricolistes membraneuses. — Le type élevé de ces formations séreuses réalise souvent comme les épiploïtes adhésives développées vers le rein, l'accolement en canons

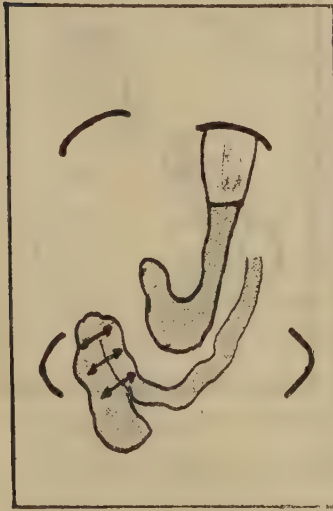


FIG. IX — Accolement en canons de fusil

de fusil, de l'angle colique (hy. IX) mais ici lorsque la coalescence entre les deux branches coliques descend jusqu'à la naissance du C. A., la radioscopie montre un colon droit ayant pris l'aspect général de la moitié d'un grand H (observation 46). La plupart du temps cette angulation aiguë provoque un arrêt local momentané du transit baryté avec stase en amont : la stagnation du lavement opaque sous le foie a été signalé par

le *Professeur Duval* dans ces formes : mais ce signe n'a rien de spécifique qui permette de prévoir la nature anatomique de l'accolement.

Les *péricolistes vélamenteuses* insérées au-dessus du caecum déforment ou coudent l'image du C. A. et provoquent de la même manière une stase avec possibilité de dilatation rétrograde ; *caecum en massue hypersensible à la pression* et garni 10 à 12 heures au moins après le dernier repas opaque.

Les types d'*insertion basse* strangulent le caecum ou l'enserrent et diminuent considérablement sa mobilité,

dans les formes engainantes (observation 41). Les *ombres tomenteuses* alternant avec des taches gazeuses qu'on observe parfois sont un indice d'inflammation de la muqueuse, dont les zones malades retiennent difficilement la bouillie opaque : donc *signe radiologique de colite*.

En résumé, il nous est possible de réunir en deux tableaux typiques les signes radioscopiques des syndrômes iliaques droits envisagés :

1) Le premier, correspondant au syndrome inflammatoire des périviscrites, avec a) en haut : un estomac tonique, se contractant bien, mais *dévie vers la droite*, « en écharpe » et attirant l'angle colique droit souvent fermé *en canons de fusil*, b) en bas : un caecum fixé, étiré par sa pointe immobile, et un iléon garni tardivement (10 heures), avec *stase iléo-caecale* et parfois coudure iléale et rate quelquefois visible.

2) Le second, correspondant au syndrome mécanique des splachnoptoses avec estomac allongé, hypotonique, se contractant mal et dilaté, encadré par un colon transverse au pubis, — avec caecum élargi, descendu et très mobile, mettant à découvert dans le decubitus une *stase iléale*, avec ou sans *coudure de Lane*.

Ce sont là les deux aspects que l'écran radioscopique fournit dans la plupart des *séquelles d'appendicectomie* et que le Dr Enriques a précisément mis en lumière dans sa communication à l'Académie de Médecine, (1920.)

CHAPITRE V.

Hématologie

Crushmann, en 1902, a inauguré l'emploi de la numération systématique des globules blancs pour le diagnostic des appendicites suppurées, tandis que *Hayem* le premier avait signalé la leucocytose comme un signe précieux dans la perityphilité.

Depuis, la clinique chirurgicale a confirmé la valeur indicative de l'hyperleucocytose à type polynucléaire dans les collections septiques intra-abdominales ou autres, évaluant à bas bruit et souvent méconnues, et la concordance de ses chiffres élevés avec les crises appendiculaires aiguës accompagnées de réaction péritonéale. Corrélativement les chiffres bas dans la numération leucocytaire témoignent d'une intoxication générale profonde avec diminution de la résistance organique surtout lorsqu'il y a croisement de la courbe leucocytaire avec la courbe thermique ; enfin l'absence de leucocytose se rencontre dans les septicémies péritonéales foudroyantes, par sidération des défenses organiques surprises.

Mais *Achard et Loeper* ont montré à la *Société de Biologie en 1901*, que si le polynucléaire se rencontre avec l'élément médullaire dans les affections aiguës passagères sans tendance à l'organisation, par contre dans les affections subaiguës ou chroniques avec édification de

tissus plus au moins durables on trouve de la lymphocytose à forme mononucléaire prédominante. (Comme dans la convalescence des infections à polynucléaires, où elle semble jouer un rôle dans le mécanisme de l'immunité).

A plusieurs reprises dans ses publications de ces années dernières, le *D^r Enriquez* a rappelé à l'attention des praticiens l'importance de l'élément hématologique dans la symptomatologie complexe du diagnostic des syndrômes iliaques droits ; c'est ainsi que selon la pratique habituelle dans son service à la Pitié, pour la plupart des malades de nos observations nous avons utilisé l'étude analytique du sang : celui-ci fut recueilli par piqûre au doigt toujours à la même heure de la matinée (11 heures) *avant toute alimentation* pour maintenir les sujets dans des conditions analogues et écarter l'influence de la période digestive avec sa leucocytose physiologique très fréquente particulièrement chez les sujets à foie défaillant (Hémoclasie digestive. *Prof^r Widal*.) et chez la femme en dehors des époques menstruelles : *nos résultats dans l'ensemble concordent avec les conclusions d'Achard et Loeper.*

Rappelons que *selon les classiques* le chiffre moyen normal des leucocytes *pour un millimètre cube de sang* est de 6.000 à 7.000 et que l'on peut échelonner sur trois degrés les variations de l'hyperleucocytose.

de 10.000 à 12.000 leucocytes : *leucocytose légère*
de 12.000 à 20.000 » : *leucocytose moyenne*
au-delà de 30.000 » : *leucocytose intense.*

Voici d'autre part pour un adulte, sans passé pathologique récent ni tare actuelle, le type normal de la formule leucocytaire :

Selon Sacquépée

d'après 20 sujets normaux

Polynucléaires 63 à 66 0/0	}	Polynucléaires, 61 0/0
Eosinophiles 1 à 2 0/0		Eosinophiles 1,5 0/0
Grands Mononucl. 4 à 8 0/0		Grands Mononucl. 2,5 0/0
Moyens Monon. } 20 à 30 0/0		Moyens Mononucl. 26 0/0
Lymphocytes }		Lymphocytes 9 0/0

On considère actuellement, quelles que soient les légères variations entre les deux formules-types précédentes, que :

la *polynucléose* commence à 70 0/0

la *mononucléose* à 40 0/0

l'*eosinophilie* à partir de 4 0/0

enfin, on dit qu'il y a *inversion de la formule* lorsque le nombre des mononucléaires dépasse celui des polynucléaires.

Chez les 37 malades auxquels l'examen du sang a été fait, nous avons recueilli les résultats suivants :

I. 25 cas de séquelles d'appendicectomie, avec 21 observations cliniques complètes. Sur ces 24 malades, 4 ont été réopérés.

Quatre diagnostics opératoires	{	1 épiptoïte chronique libre = mononucléose
		1 épiptoïte adhésive } leucocytose moyenne au caecum = } + 5 eosi
		1 épiptoïte adhésive avec } mononucléose coudure iléale = }
		1 périviscérîte du carrefour } mononucléose inférieur = }

	3 ptoses gastro-colique (dont 1 avec caecum mobile).	2 leucocytose légère, dont 1 avec mononu- cléose, 1 eosinophilie.
17		
diagnostics	4 pèriscérates (dont 1	2 leucocytose moyenne dont 1 avec inversion
cliniques	avec caecum mobile	1 leucocytose légère avec mononucléose
et		1 mononucléose
radiologiq.		2 leucocytose légère dont 1 avec mononuc.
(malades ayant	7 épiploïtes (dont 1	2 mononucléose
refusé une	avec coudure iléale)	1 inversion
seconde		1 formule normale
opération)		1 eosinophilie à 40/0
	3 stase iléale	2 leucocytose légère avec 5 eosi
		1 mononucléose avec 4 eosi.

4 syndrômes	
douloureux	
persistant 3	2 leucocytoses : 1 légère et moyenne.
mols après	
appendicecto.	2 mononucléoses.
(formules	
sanguines	1 inversion.
détachées	

1^{er} mai 1921. Mlle Y. Mo.,

(Salle Lamy, lit 7 bis)

Nombre des G. B. : 11.822

Formule	Polyn., 44	
	G. Mo., 28	56
	M. Mo., 19	
leucocyt.	Lymph., 9	Inversion
	Eosino., 0	

19 nov. 1920. Mlle H. Ton.,

(salle Lamy, lit 14)

Nombre des G. B. : 12.400

Formule	Polynucl., 54	
	Mononuc., 31	46
	Lymphoc., 15	
leucocyt.	Eosino., 0	

26 juin 1920. Mlle Megen...	2 mai 1921. Mlle Riv...
(Salle Lamy, lit 16)	(Salle Lamy, lit 10 bis)
Nombre des G. B. : 6.168	Nombre des G. B. : 6.820
Formule	Formule
Polynucl., 49 G Mono., 7 M. Mono., 37 Lymphoc., 6 Eosinoph., 1	Polynucl., 56 G. Mono., 18 M. Mono., 23 Lymphoc., 3 Eosinoph., 0
leucocyt. } 50	leucocyt. } 44

II, 12 malades, dont 11 ont été opérés après diagnostic clinique et radiologique dans le service : Ils se répartissent ainsi :

11 malades opérés	1 appendicite chronique simple.	leucocytose légère formule inversée
	7 appendic. avec épipl. dont 2 avec membrane de Jackson couvant l'iléon.	3 leucoc. lég. avec 4 mo. et 1 avec 4 eosi. 3 mononucléose. 1 formule inversée.
	1 appendicite avec membrane de Jackson haute.	Mononucléose
	1 pérityphlite.	1 mononucl. + 4 eosi
1 malade non réopéré	Ptose gastro-colique stase iléale	leucocytose légère + 5 eosi

Dans les troubles statiques par *splanchnoptose* 4 cas) nous avons deux *eosinophilie* légère et une *hypoglobulie* pour des cas anciens avec *caecum mobile* et *stase iléale* mécanique secondaire.

Dans les *appendicites chroniques compliquées d'épiplöite*, dans sept cas où celle-ci fut décelée d'emblée à la première et seule intervention, nous avons noté trois *leucocytose légère*, quatre *mononucléose* et une *inversion de la formule*,

Dans les *séquelles infectieuses de l'appendicectomie* avec épiploïte ou périviscérite chez quatre malades réopérés, l'analyse du sang a donné une *hyperleucocytose* à 13.700 dans un cas et trois *mononucléose simple*.

Chez les sujets atteints de *stase iléale* par périviscérite, du carrefour inférieur et avec signes de stercorémie nette, nous avons trouvé une légère *eosinophilie* entre 4 % et 6 %, cinq fois sur sept cas.

Enfin l'opération semble avoir modifié la formule sanguine chez deux malades atteints d'épiploïte par un abaissement des mononucléaires de 49 à 39 dans l'observation 6, et de l'hyperleucocytose diminuée de 2.000 avec disparition de cinq eosinophiles dans l'observation n° 15 ; Influence semblable du traitement diathermique dans l'observation n° 1.

Les conclusions positives, à dégager de l'ensemble de nos observations du point de vue *hématologique*, sont donc (en dehors de toute hypothèse sur le processus pathologique de formation) :

Nombre des globules blancs : hyperleucocytose entre 9.500 et 13.700. cad *légère* dans la moitié (17 sur 37) des syndrômes iliaques droits, avec prédominance dans les *néoformations séreuses*.

Formule leucocytaire. — 1° Normale, dans les *ptoses simples compensées*. 2° avec mononucléose, portant surtout sur les grands mononucléaires — dans les appendicites avec réaction épiploïque, dans les *séquelles épiploïques* et *périviscérales* de l'appendicite, dans les *pericolites membraneuses* de Jackson ; l'inversion de la formule se rencontrant dans 6 cas sur 37. 3° avec eosinophilie légère, (4 à 6 %), associée à de la mononucléose, dans les *périvi-*

scérites du carrefour inférieur, avec stase iléale et subocclusion du grêle (5 fois sur 7 cas).

Notes I. — D'après certains auteurs il se produirait dans les éléments lymphoïdes appendiculaires et surtout épiploïques (vaste ganglion étalé de Cornil) des poussées mononucléaires analogues à celles qu'on rencontre dans les ganglions lymphatiques eux-mêmes, au cours des infections chroniques avec tendance aux néoformations fibreuses.

II. — Les recherches de *Simon* (Société de Biologie 1903) ont montré *la présence fréquente des polynucléaires éosinophiles dans les parois du caecum et de l'appendice malades.*

CHAPITRE VI

Diagnostic

De la revue générale que nous avons esquissée des différents troubles inflammatoires et mécaniques du segment iléo-caeco-colique il se dégage de *telles analogies* dans les signes abdominaux et dans les réactions neuro-sympathiques à distance que *le diagnostic clinique différentiel* semble en définitive n'en pouvoir reposer que sur des *nuances* et des *finesses*; nous croyons qu'en fait pour les cas récents et dans les formes évoluant à bas bruit sans crises paroxystiques, la *radiologie* demeure seule pour diminuer les difficultés d'une affirmation précise, et cela encore dans les limites où selon les circonstances, l'interprétation de ses images *donne trop ou pas assez*.

Si un nombre important (33 sur 60) des sujets de nos observations furent primitivement jugés guérissables par appendicectomie simple, un examen trop sommaire sans le concours de l'écran radioscopique y fut certainement pour beaucoup; les concordances entre les découvertes opératoires à la deuxième intervention et le diagnostic préalablement redressé des séquelles l'ont confirmé.

Dès lors, à travers un syndrome douloureux de la fosse iliaque et du flanc droits avec troubles du transit et

répercussions sur l'état général, comment distinguerons-nous entre eux *les états pathologiques fonctionnels et lésionnels* siégeant sur le segment iléo-caeco-colique, et ceux-ci ensuite des affections des viscères voisins.

APPENDICITE CHRONIQUE

Dans les *formes résiduelles* avec une ou plusieurs crises nettement caractérisées et observées du médecin, et persistance dans les intervalles d'un point douloureux unique et profond avec défense pariétale et hyperesthésie cutanée on peut porter un diagnostic positif sans préjuger des lésions périappendiculaires que l'intervention pourra déceler : ne jamais conseil'er une opération étroite.

Dans les *formes chroniques d'emblée*, le mauvais état général et les signes de la *toxi-infection chronique* n'ont rien qui les distinguent de ceux d'une *toxémie d'origine stercorale par stase*, ni de certaines insuffisances pluriglandulaires ; ils sont moindres que ceux d'une stase iléale.

Les *réactions réflexes gastro-intestinales* sont banales et communes à de nombreuses affections abdominales avec irritation péritonéale. De même pour l'état *nauséeux*, (*mal de mer appendiculaire*) dont cependant l'accentuation dénote une participation de l'épiploon, et pour l'instabilité thermique, présentant parfois un type périodique ondulant analogue à celui des germinations tuberculeuses.

La douleur spontanée est inconstante ; la douleur provoquée n'est elle-même pas régulière (*Descomps*) ; il faut parfois la rechercher dans le décubitus latéral gauche qui rapproche le carrefour iléo-caecal de la paroi (obs. 4) Les points cutanés sensibles des classiques correspondent

vraisemblablement à la zone de reflectivité médullaire de l'appendice, leurs localisations précises prêtent à confusion : dans 81 % des cas, ce sont les points de *Lanz* et de *Clado* qui restent anatomiquement les plus exacts. La palpation directe de l'organe à travers la paroi, chère encore à quelques chirurgiens étrangers semble illusoire : en réalité on perçoit le plus souvent une *bordure épiploïque*, épaissie et retractée, un faisceau musculaire ou la *fin de l'iléon spasmée*.

Tout l'intérêt du diagnostic est donc de faire une *localisation radioscopique du maximum de la douleur et d'affirmer la grande probabilité d'une inflammation appendiculaire en présence d'un point nettement douloureux à la base d'implantation de l'appendice sur le caecum, à (l'extrémité inférieure de son bord interne) et rigoureusement solidaire de tous les déplacements du caecum*. La visibilité radioscopique du corps même de l'organe est rare ; quand elle se présente avec des déformations et une sensibilité douloureuse, le diagnostic est confirmé.

Les réactions du système sympathique d'ordre vasomoteur, occasionnent la rougeur ou la pâleur de la face depuis longtemps observées des praticiens pendant la palpation locale profonde ; on note en même temps une influence nette d'ordre vagotonique sur le pouls radial dont l'amplitude est diminuée, 21 fois sur 26 examens (*Enriquez Guttmann, Rouvière 1921*). Il s'agit là d'un *reflexe hypotenseur* analogue à celui que *Claude* a mis en lumière pour le *plexus solaire* : il n'est pas augmenté dans les cas de lésions péri-appendiculaires associées.

Quant au « *masque appendiculaire*, » (*Enriquez*) il se traduit par un halo jaune pâle ou bistré autour de la bouche et des narines, et s'accompagne souvent du cerne

des yeux et surtout d'une *coloration subictérique du fond du voile du palais* : nous avons nous-même avec le Dr Pochon maintes fois noté ce dernier petit signe chez des adultes suspects d'appendicite confirmée à l'opération : ce sont là des stigmates de légère atteinte toxi-infectieuse de la cellule hépatique qu'on retrouve aussi bien dans les stases iléo-caecales d'origine ptosique ou péricolique.

L'analyse du sang en dehors des crises aiguës où il y a de la *polynucléose* donne une *leucocytose légère* allant de 8.000 à 14.000 avec *mononucléose fréquente*.

Quant aux « *formes à surprises* » de l'appendicite — sciatalgiques ou asthmatiques — sur lesquelles *Guttman* a publié plusieurs études depuis sa thèse inaugurale (Paris 1914), elles exigent plus que toutes les autres une confirmation radiologique précise, que la seule palpation abdominale ne fournit pas toujours.

LES PTOSSES COLIQUES ET LE CAECUM MOBILE

A la période de compensation physiologique, l'aspect général du malade est souvent peu modifié : il est notamment des fillettes, ptosiques par malformation congénitale des mésos, qui n'ont pas maigri et ne se plaignent nullement d'asthénie : la constipation peut être légère et les *troubles gastro-intestinaux fonctionnels* n'attirer l'attention que par la localisation plus spécialement droite d'une douleur abdominale diffuse dans le flanc et la fosse iliaque, avec petites crises frustes inconstamment nauséuses, sans température, et qui en l'absence d'un examen patient font dire « appendicite chronique d'emblée ». Et cependant une palpation méthodique du ventre peut faire découvrir la mobilité anormale du caecum abaissé, sa *sensibilité* diffuse à la pression moyenne,

Sans l'écran, les *points douloureux* sont disséminés sur l'ombre caeco-colique et on ne découvre le point maximum profond à la base d'implantation appendiculaire que dans les *formes mixtes*; concurremment à la dislocation statique du C. T. et de l'estomac dont la *région pylorique* a pu descendre au niveau des points appendiculaires classiques et se *montrer douloureux à droite et en dessous de l'ombilic* : nouvelle cause d'erreur. Lorsque l'angle colique droit est lui-même détaché on le relève dans le décubitus alors que dans la position debout il était tassé avec le C.A. au-dessus du détroit supérieur en une ombre large, atypique.

Une amélioration sérieuse obtenue par une cure de chaise longue ou le port d'une sangle abdominale de contention, en l'absence de toute modification de la formule leucocytaire, permet d'éliminer l'inflammation du vermis : celle-ci tolère assez mal une ceinture comprimant la paroi.

A la période de dilatation atonique, les malades, *plus âgés, amaigris*, à teint cholémique bistré, accusent une *constipation plus rebelle, avec selles du type caecal* en tas, granitées d'odeur butyrique, acides et riches en flore iodophile, et débâcles diarrhéiques par regorgement. L'asthénie, les migraines, les troubles du caractère sont plus accentués pendant les périodes de constipation, mais dans les formes où il existe un spasme du « *centre de contraction transversaire* » la défécation est redoutée parce que douloureuse dans les deux fosses iliaques, (*chasse bipolaire*). Le signe subjectif dominant coasiste en une sensation de gêne pénible dans la fosse iliaque droite, survenant aux périodes quotidiennes de réplétion caecale, c'est-à-dire de quatre à cinq heures après les repas avec léger météorisme et parfois coliques,

« coliques caecales » par distention gazeuse. A l'examen : dans la *position debout* le petit « bedon sous-ombilical, » les signes de la sangle, et de la « douleur signal » (*Leven*) traduisent l'atonie pariétale et l'allongement douloureux des plexus sympathiques ; dans la *position couchée*, la *manœuvre de Lardennois* provoque une douleur par distension et met celle-ci en évidence sous la main qui perçoit aussi une *fine crépitation* et du *gargouillement* ; dans le *décubitus latéral gauche* l'extrême mobilité du caecum permet de *vider mécaniquement la fosse iliaque* et de refouler vers l'ombilic l'aire de sonorité — à ton élevé — du caeco-colon.

La crise de distention aiguë, inconstante dans l'histoire clinique de ces malades, doit être différenciée d'une *colique appendiculaire vraie*, mais peut prêter à confusion avec une *colique iléale*, par coudure terminale et encombrement du grêle : il y a là *trois syndrômes très voisins* traduisant un accès paroxystique douloureux et dont l'analyse détaillée est particulièrement difficile. La *triade symptomatique de Dieulafoy* est trop classique pour que nous ayions à y revenir : hypéresthésie cutanée, contracture pariétale, *douleur en un point unique profond* : le tout dominé par les éléments péritonéaux essentiels : Facies, température et vomissements.

Dans la typhléctasie, la crise aiguë débute — après un écart de régime, un abus de mets farineux — par une *douleur pongitive violente* occupant la fosse iliaque et s'irradiant vers le rebord costal droit, immobilisant brusquement le malade ou le courbant sur son lit : la *paroi est légèrement bombée à droite, sans contracture habituelle ni péristaltisme visible* : en somme *tuméfaction gazeuse immobile et douloureuse* (avec sédation par la

pression dans quelques cas). Nausées ou vomissements non poracés, facies pâle, angoissé non péritonéal, *le pouls et la température demeurant d'ordinaire normaux*. La phase aiguë de l'accès dure une à deux heures au plus, et peut se continuer par une phase subaigue durant un ou deux jours avec endolorissement de l'abdomen (huit jours dans un cas de Grégoire) mais en général elle se termine assez rapidement par une débâcle diarrhéique et gazeuse qui apporte un soulagement immédiat : « *la douleur s'en va avec les gaz* ». Chez les malades qui racontent leurs crises passées, bien noter que celles-ci ont parfois été jugulées par un purgatif ou un lavement évacuateur : ce détail est peu compatible avec une poussée appendiculaire.

La radioscopie, surtout faite peu après les crises, montre un segment caeco-colique en massue très élargie avec sensibilité douloureuse diffuse, et plus vive au fond et sur le côté interne pendant le remplissage par un lavement opaque ; *retard considérable du transit (12 à 65 heures)* dans le C. A., ombre irrégulière et tomenteuse en cas de colite catarrhale ou ulcéreuse surajoutée. Dans ces dernières formes complexes ou avec processus pericolic *la formule sanguine* décèle de la *mononucléose*, avec *légère hyperleucocytose*.

En l'absence des données radiologiques précédentes, une *caecalgie* simple peut être liée à une cholecystite (*Ramond*) par voie reflexe avec accentuation cataméniale ou à horaire digestif précoce, ou au contraire à type post-prandial tardif et correspondre alors à l'arrivée dans le caecum d'un chyme entérique particulièrement acide et irritant, par *hyperchlorhydrie gastrique* méconnue (*Lardennois*).

Parmi les syndrômes iliaques droits dépendant d'une chute du colon il faut toujours rechercher une compression duodénale possible par traction d'un pédicule vasculaire des mésos, avec stenose sous-vatérienne : nous avons *personnellement observé* dans le service du Dr Enriquez en mai 1920 un jeune malade de 16 ans, pour lequel le diagnostic serait demeuré hésitant sans le résultat de plusieurs radioscopies ayant décelé à côté de la ptose totale de l'angle colique droit, une *visibilité duodénale persistante avec péristaltisme et antipéristaltisme* et douleur localisé au 3^e segment. Après plusieurs crises abdominales, avec coliques violentes, vomissements abondants, douleur sous-ombilicale droite, et léger météorisme central, le malade fut mis au repos, puis opéré par le Dr de Martel qui confirma la stenose sous-vatérienne, le pédicule de l'artère colique moyenne comprimant la troisième portion du duodénum à la suite d'un *défait total d'accolement postérieur des mésos* du colon ascendant.

LES EPIPLOÏTES ET LES PÉRIVISCÉRITES

En faveur d'une *épiploïte libre* il faut retenir l'état *nauséux plus particulièrement fréquent et tenace*, à prédominance post-prandiale matinale, l'instabilité thermique vespérale, de l'hypoglobulie avec un mauvais état général qui peut masquer les symptômes abdominaux effacés et simuler une bacilliose en germination : le plus souvent il y a appendicite ou typhlo-colite associée et causale; et la palpation au lit du malade et sous les rayons révèle une *ligne ascendante de points douloureux le long du bord interne du caeco-colon avec maximum inférieur*.

Entre deux crises aiguës il est *très difficile de distinguer une tuméfaction épiploïque*, rénitente seulement, d'un *gâteau de péritonite plastique circonscrite et passagère* : dans les deux cas même tonalité par absence d'interposition intestinale, même hyperesthésie cutanée, avec absence de hoquet, mêmes *nausées aiguës* ; le diagnostic est plus que de présomption si la main perçoit la *corde épiploïque*, nette, de consistance scléreuse (*cuir à gros grains*). Les *troubles végétatifs du type vagotonique* avec hypotension du pouls radial sont analogues à ceux de l'appendicite simple, avec reflexe oculo-cardiaque habituellement indifférent (*Rouvière*). C'est en définitive comme séquelles d'appendicectomie que l'épiploïte libre s'impose le plus nettement au diagnostic.

Dans les *épiploïtes adhésives* les symptômes cliniques sont à peu près identiques à ceux des *péricolites velamenteuses ou diffusées aux deux carrefours* : l'histoire clinique du malade aidera à rechercher le point de départ typhlo-appendiculaire ou vésiculaire de la péricolvécite et le sens probable de son développement.

1. *Au carrefour iléo-caecal* : syndrome de *stase iléo-caecale*, avec caecum fixé ou peu mobile, ou de *stase iléale pure* avec ou sans coudure terminale, et dans les deux cas gêne et endolorissement de la fosse iliaque borborygmes et gargouillements ; mais les *coliques, iléales* donnent un *ballonnement surtout périombilical* avec *peristaltisme* visible chez les sujets très amaigris, vomissements abondants et signes généraux et urinaires de *stercorémie intense* (scatol indican, acétone) traduisant une *constipation du grêle* avec « cachexie stercorale ».

En plus la *mononucléose* se complique d'*eosinophilie* (3 à 7 %). Il est impossible, même sous les rayons de

distinguer d'une bride coudant l'iléon terminal l'existence d'un *anneau de contracture spasmodique* : l'opération seule éclaire le diagnostic et ne fait pas cesser d'ailleurs le syndrome douloureux simulant une appendicite (on en a signalé quelques rares cas).

2. Sur le caeco-colon, les rétractions velamenteuses et les brides provoquent une typhlectasie atonique avec possibilité de crises de distension aiguës déjà analysées : sauf dans les formes de péricolite serrés, engainantes où l'on obtient parfois une image du C.A. très peu mobile à l'écran, et une *réaction nauséuse et douloureuse immédiate dans toutes les attitudes d'hyperextension du tronc étirant les adhérences* : c'est là un signe caractéristique précieux, qui est toujours à rechercher.

3. Au carrefour sous-hépatique, la radioscopie décèle la coalescence des branches de l'angle droit, celui-ci se rapprochant de la région pyloro-duodénale longtemps visible et sensible à la pression. — La *douleur quotidienne post-prandiale précoce*, est surtout épigastrique, et *sous-costale droite*, du type de dyspepsie *hypersthénique*, ou *ulcéreuse*, parfois du type *biliaire avec subictère*, vomissements *biliaux ou acides*, et influence des menstrues.

Lorsqu'il s'agit de séquelles d'appendicectomie simple, l'examen systématique de la dentition et la possibilité d'un point de départ infectieux commun fera rechercher *une association méconnue d'appendicite-cholecystite*, avec double réaction péritonéale : une *periviscérite simultanée des deux carrefours*. On fera le dosage de la *cholestérine* dans le sérum sanguin (normalement 1 gr. 50), et on recherchera dans le passé clinique du malade s'il n'y a pas eu primitivement des petites crises de cholécystite.

TROUBLES FONCTIONNELS ET PARASITAIRES DU COLON PROXIMAL

A côté des *hypéresthésies cutanées* et des *algies abdominales droites de nature pithiatique* chez les *grands névropathes* et dans des milieux paramédicaux, avec *absence de signes radioscopiques et hématologiques*, il existe toute la série des *entéro-colites catarrhales* avec ou sans muco-membranes (Mathieu) qui sont capables de simuler un trouble organique de l'anse iléo-colique. L'habitus général du malade amaigri, à teint cholémique, ses douleurs abdominales disséminées, mais plus vives à droite, les réactions habituelles de l'intestin résigné (constipation) ou révolté (débâcles), quelques petites crises paroxystiques passagères, laissent dans l'incertitude, en l'absence d'un examen radioscopique décelant des zones spasmées sus-caecale, transversaire et sigmoïde *variables d'un jour à l'autre et modifiées par la belladone*, avec irrégularités atypiques dans le transit et images tomenteuses. — Le régime et les antiseptiques modificateurs de la flore intestinale (inopérants dans l'appendicite et les périviscérités) sont ici efficaces, et éclairent le diagnostic.

Il ne faut pas méconnaître en outre — surtout chez l'enfant et la femme — les *formes de stase caeco-colique* sans lésions ni modification topographiques importantes du colon droit, et *secondaires à une constipation gauche par dyschésie d'origine recto-sigmoïdienne* : faire l'examen rectoscopique après avoir recherché radiologiquement les zones spasmées ou sinueuses d'un sigmoïde trop long, et cliniquement les séquelles périrectales des paramètres enflammés, les fistules anales, etc. (Lardennois.)

Les *typilo-colites ulcéreuses* donnent également une douleur iliaque post-prandiale tardive et une image caecale distendue, irrégulièrement garnie par le lavement

opaque : les antécédents et l'analyse coprologique les font rattacher soit à *une fièvre typhoïde* ancienne (2/5 des cas) soit à *de l'amibiase*, celle-ci confirmée par l'action favorable de l'émétine et des lavements antiseptiques et calmants à la gelose. Mêmes signes de typhlectasie douloureuse dans les encombrements vermineux du caecum par des *helminthes* (*oxyures* ou *ascaris*) mais avec présence fréquente d'un *masque bistre foncé* (Leo) circonscrivant la bouche et les joues, avec taches brun clair : ce masque est plus accentué que celui des appendiculaires et des stercorémiques et disparaît rapidement par un traitement antiparasitaire approprié. (Thymol, etc)

L'actinomycose, conduit aussi, trois fois sur quatre, à une opération inutile, pour des signes d'appendicite avec tuméfaction caecale, en l'absence de *grains jaunes* caractéristiques et d'analyses *répétées* des selles. *L'éosinophilie* est habituelle à toutes ces affections parasitaires

TUBERCULOSE ILÉO-CAECALE. (1) Dans *la forme entéro-péritonéale*. Tout au début la confusion est possible avec un gâteau épiploïque, mais la tumeur est moins mobile, plus diffuse et la cachexie rapide, 2) *dans la forme hypertrophique* on a d'abord des signes d'adhérences péricæcales avec stase et douleur dans la fosse iliaque, puis à la seconde période la lumière du caecum apparaît à l'écran déjà légèrement effacée sans que son contenu soit modifiable par un lavement. On perçoit quelquefois du péristaltisme de la fin de l'iléon. Il y a souvent de *l'éosinophilie*, comme dans les stases iléales, mais à un taux dépassant parfois 5 et 6 0/0

NÉVRALGIES DES PLEXUS SYMPATHIQUES ABDOMINAUX

1° Primitives autonomes. — elles se rencontrent dans certain cas de *tabès*, de *syringomyelie*, et se différencient par leur étiologie.

2° Secondaires à des affections vasculaires (aortites) ou digestives (entero-colites, ptoses), elles présentent des *crises aiguës* pouvant durer un ou deux jours et s'accompagnant quelquefois de *vomissements poracés* ; Cependant la *douleur* brusque, violente est surtout *médiane épigastrique*, sans ascension de température ; la *tension artérielle s'élève subitement* avec suppression de l'écart normal (deux cm.) entre la pression de la radiale et celle de la pédieuse dans les aortites abdominales. Entre les crises il existe de *l'éréthysme aortique* et une *tendance aux palpitations et aux syncopes*. En fait, ce sont les *formes chroniques* où la douleur se localise au niveau des *plexus mésentériques inférieurs et du point iliaque vasculo nerveux droit* (de Lœper et Esmonet) qui prêtent à erreur d'autant plus qu'elles accompagnent un trouble inflammatoire ou statique de l'intestin : il faut *réveiller les algies aux points symétriques du côté gauche*, en noter la *fixité radiologique* et l'extension sur tout le trajet des plexus considérés. L'intervention chirurgicale ne modifie naturellement pas ces névralgies, qu'on réussit quelquefois à influencer et à dissoudre des autres douleurs abdominales par un *lavement l'antipyrine (1 gr. 50)* entre deux examens radioscopiques. (Avierinos),

AFFECTIONS GENITO-URINAIRES

Lésions annexielles-droites. Les règles du diagnostic des affections salpingo-ovariennes avec les inflammations typhlitiques et appendiculaires ont été définitivement posées par *Bouilly* et *Barnsby*. *Segond* a insisté sur les difficultés de décider entre l'ovarite et l'appendicite en position basse : la radioscopie s'impose alors comme dans les cas de douleur unilatérale où l'on risque de confondre par le toucher vaginal un caecum mobile et ptosé avec un pyosalpinx droit. Rechercher le *signe de Fraenkel*.

Nephroptose droite, fréquente chez la femme, est capable de simuler un encombrement caecal compliqué d'appendicite. Le palper bimanuel sous l'écran joint au lavement opaque aidera et confirmera la délimitation clinique des deux zones caecale et rénale, à tonalités différentes, et éclairera les *cas complexes signalés par Alglave* où le rein fixé dans une ptose du 3^e degré comprime le caecum et provoque une dilatation retrograde. Il y a fréquemment des *signes urinaires* du genre hydronéphrose au début (par coudure urétérale) : Les irradiations douloureuses sont *lombaires*.

Syndrôme entero-renal. — Particulièrement bien observé par *Heitz-Boyer*, ce syndrome mixte à signes vesico-rénaux prédominants, traduit une infection surtout *colibacillaire* d'origine intestinale ; il s'agit d'une complication infectieuse à distance d'un trouble inflammatoire ou mécanique des colons : la radioscopie et la recherche des petits signes coliques dans le passé du malade confirment la cause intestinale de la disurie avec ou sans suppuration, et la trouvent fréquemment dans un déséquilibre, ancien méconnu de la statique de l'anse iléo-caecale, ou dans une colite droite.

CHAPITRE VII

Traitement

Chez les malades atteints de *ptose-gastro-colique simple*, à la *période de compensation*, cad, avec stase caecale légère et sans dilatation segmentaire, les soins à prescrire sont avant tout d'hygiène abdominale et de diététique. Beaucoup de repos allongé, gymnastique respiratoire et abdominale quotidienne pour fortifier la sangle naturelle des plans musculaires de la paroi, et dans les cas anciens ou chez les jeunes ptosiques où l'on n'obtient aucune reprise de poids, port d'une *ceinture élastique simple* ou *baleinée* (*type Glenard*) ou avec pelote hypogastrique pneumatique (*type Enriquez*) : *on la fixera toujours avant de se lever le matin* après refoulement à la main (en position de Trendelenburg), vers l'épigastre de la masse intestinale prolabée. On a préconisé, *sérieusement*, des exercices quotidiens de marche à quatre pattes pour modifier la direction habituelle de la traction statique sur les mésos et sur les attaches limageuteuses des angles. Le régime alimentaire sera carnivore mitigé sans abus de pain, de farineux, d'œufs ni de boissons gazeuses pour éviter les fermentations des amylacés avec distension gastrique et caecale, capable d'augmenter l'atonie et la ptose de ces organes ; on donnera de la pepsine à petites doses (0 gr. 10) de l'amylo-diastase, et quelques tisanes stomachiques, en recommandant de commencer la digestion sur une chaise longue

dans le décubitus dorsal, puis latéral droit. Contre la constipation, *massages abdominaux* faits par le médecin ou un bon spécialiste, *les calques de la radioscopie sous les yeux*, laxatifs doux, mucilagineux avides d'eau ou paraffine maltosée ; pas de purgatifs ni de grands lavements, et défécation sur un siège bas. *Eviter l'hypoalimentation* des régimes trop sévères, « *les gros mangeurs sont rarement constipés* », et traiter la *dépression nerveuse* par les composés lécithinés ou phosphorés organiques, la strychnine à doses ascendantes (un à quinze milligrammes), *l'opothérapie* surrénale et thyroïdienne souvent maîtresse des *troubles de fausse stercorémie*.

Une *psychothérapie* adroite doit presque toujours intervenir pour entraver le développement de « *l'obsession colique* » chez ces malades, préoccupés du souci de vider leur intestin. Enfin lorsqu'il existe des signes de « *petit hépatisme* » une *cure à Vichy* est utile (Glénard).

Si le *déséquilibre statique du tube digestif* est déjà ancien ou en voie d'aggravation par typhlo-colite traumatique progressive et il s'agit d'une *bascule de l'angle sous-hépatique*, avec *caecum dilaté*, on peut essayer encore des *massages* pour réveiller le péristaltisme et redresser l'angulation, en position inclinée inverse, en remettant la ceinture-sangle immédiatement après le massage : les résultats durables sont exceptionnels. *Au moment des crises aiguës de distension douloureuse*, le malade sera immédiatement couché très à plat et si possible *dans le décubitus ventral* sur une serviette ou une bouillotte chaudes, et on pourra donner un petit lavement landanisé (XX gouttes) : Grégoire a dû recourir aux piqûres de morphine dans un cas de crise très

douloureuse, prolongée. On notera tous les caractères de l'accès pour intervenir chirurgicalement à temps en cas de volvulus. On fera un examen radioscopique peu après. Mais *chez les sujets âgés* sans crises de subocclusion avant de proposer une *pexie* opératoire, on luttera contre l'atonie intestinale avec zones spasmées par un mélange de teinture de belladone et de jusquiame (de 20 à 60 gouttes par jour en deux ou trois prises) en surveillant la tolérance organique, et on conseillera des douches écossaises en jet brisé sur les centres lombaires. Il faut éviter de créer une « *dyspepsie caecale* » par abus des farineux : une flore iodophile avec grains d'amidon et selles en tas à odeur butyrique et réaction acide fera augmenter le dosage des albumines et de la cellulose dans l'équilibre du régime. Comme modificateur de la flore intestinale du yoghourt frais, *des bouillons lactiques* en y joignant au besoin des lavements lactosés, des pilules ferrugineuses au protochlorure (0 gr. 10) préconisées par *Bouveret* de Lyon, après de longues années d'expérience, comme l'un des meilleurs désinfectants de l'intestin. Les cures hydrominérales à *Châtel Guyon* et à *Brides* seront indiquées pour les intestins atoniques avec débâcles par regorgement, à *Plombières* ou à *Luxeuil* pour les colons spasmodiques avec crises paroxystiques.

Chez les jeunes gens et chez les malades d'âge moyen avec musculature encore suffisante et *état général assez bon*, en présence des signes radioscopiques et cliniques d'une périviscérite sur l'angle droit ptosé, avec signes d'auto-intoxication par stase prolongée on conseillera une *colopexie* : *colopexie en équerre* (*Duval et Grégoire*) par fixation du C. A. à la paroi abdominale postérieure et de la première portion du C. T. horizontalement à la paroi

antérieure, (après dénudation du péritoine pariétal correspondant à la région d'attache). L'appendice sera toujours enlevé, « *le vol de l'organe* » lorsqu'il paraît sain n'entraînant pas de conséquence nuisible (de Quervain) et les cas de lésions appendiculaires frustes associées étant nombreux.

Les résultats des colopexies sont en général favorables, avec régularisation du transit et reprise de poids : *il faut parfois les attendre patiemment pendant plusieurs mois.*

Quand à *la plicature du caecum dilaté*, cette opération semble a priori illogique et antiphysiologique, avec risque d'entraver d'avantage le libre jeu moteur du segment intestinal sur lequel *on crée une cicatrice* : Lanz, d'Amsterdam signale cependant en 1911 que sur 40 cas d'appendicite chronique d'emblée avec caecum mobile, 10 malades non plicaturés ont continué à souffrir et sur 17 cas d'appendicite résiduelle trois non plicaturés n'ont pas été améliorés. La plupart des chirurgiens français ont abandonné cette opération. Chez la femme dans les cas de *nephroptose droite comprimant le caecum*, la *néphropexie* sera faite d'abord et suffira souvent avec des massages et le traitement médical pour amener la guérison.

— *Les épiploïtes libres* compliquant une appendicite ou une typhlo-colite exigent une ablation des portions malades, en plusieurs pédicules, mais *ablation purcimonieuse*, car faite trop largement sur des épiploons gras hypertrophiques elle peut provoquer dans la suite un déséquilibre mécanique douloureux. En tant que séquelles d'appendicéctomie il ne faut pas être surpris des *récidives dans les formes adhésives* (observations

16 et 16 bis) et savoir aussi qu'il existe des cas de guérison spontanée, sans traitement : *Von Erselsberg* déclarait en mars 1907, à la *Société des médecins de Vienne*, avoir observé après appendicectomie, plusieurs épiploïtes devenues progressivement indolentes et sans troubles appréciables, probablement par un processus de sclérose heureuse, sans rétraction douloureuse. *Tuffier* dès 1899, avait reconnu qu'il faut faire la part des cas d'épiploïte susceptibles de guérir d'eux-mêmes, avec le temps.

La thérapeutique médicale des *syndrômes mécaniques par périviscérités* des carrefours ou formations velamenteuses insérées sur le colon droit, n'est le plus souvent qu'un moyen d'attente et de refroidissement lorsque les adhérences sont serrées ou rétractées en brides et que les phénomènes de sténose fruste se répètent et s'accroissent : le massage est alors inefficace, dangereux même, capable d'augmenter les spasmes et les douleurs (observation 18); les excitants moteurs de l'intestin sont peu actifs ou aggravent le catarrhe colitique.

Le médecin en apportant *au chirurgien* un diagnostic complet et des indications détaillées sur l'étendue, et la localisation des lésions périviscérales, est en droit d'obtenir avant tout dans l'intérêt de son malade une large incision exploratrice, comme celle peut prônée jadis par le professeur Terrier.

Avec notre maître *Enriquez* nous pensons qu'il « y a lieu, sauf chez les jeunes sujets à leur première crise, d'abandonner ces incisions minuscules dites esthétiques (25 à 28 millimètres) qui restent évidemment un témoignage incontestable et indélébile de maîtrise opératoire, mais qui sont dans plus d'un cas notoirement insuffisantes, ne permettant pas

l'exploration complète du méso, de l'angle iléo-caecal, du caecum, de l'angle colique droit et aussi et surtout de l'épiploon. — Quand la clinique et la radioscopie s'accordent en outre pour affirmer que l'inflammation chronique de la région appendiculaire remonte vers le foie ou la vésicule, dans ces cas l'incision de Mac Burney sera avantageusement remplacée soit par l'incision médiane de Walther, soit par l'incision transversale sous-ombilicale droite adoptée par Gosset, qui toutes deux permettent une exploration complète du carrefour supérieur et de l'épiploon. » Communication à l'Académie de Médecine 16 mars 1920.)

Tout récemment *Th. de Martel* a également préconisé une *incision en T* qui donne un jour excellent sur toute la région colique droite et le carrefour supérieur, et facilite selon les cas le décollement des voiles membraneux nés du péritoine pariétal, et la libération des colons enveloppés ou du duodénum coudé par des brides scléreuses sténosantes. Pour obvier au retour des adhérences certains opérateurs pratiquent une *greffe épiploïque libre* sur les segments libérés surtout après épluchage difficile (*Lardennois et Duval*) ; d'autres ont employé *l'huile de vaseline stérilisée* en badigeonnages légers (*Sigabue en Italie*).

Pauchet a longuement décrit, et pratique constamment, les soins pré et postopératoires qui demeurent indispensables dans tous ces cas, (repos, cures de fruits, antiseptie bucale).

Quant aux *malades qui refusent une seconde intervention* après appendicectomie inefficace et chez lesquels existe un trouble mécanique par inflammation péri-viscérale, on peut tenter pour eux *le traitement diathermique de haute fréquence* (voir la thèse de notre ami

A. Nemours. Paris 1921), dont deux de nos malades obs. 1 et 31) ont bénéficié avec sédation des douleurs abdominales, et qui depuis deux ans a donné d'excellents résultats dans le service du Dr Enriquez.

En définitive le *devoir primordial du médecin* est d'assurer à son malade une exploration systématique et complète de l'état du colon droit afin de lui éviter l'inutile perspective et parfois les dangers des *opérations en plusieurs temps* : celles-ci s'imposent pour des lésions d'une autre nature que celles que nous venons d'analyser, ou dans les cas rares de péricolite serrée, sténosante et indissociable, nécessitant une colectomie partielle après typhlo-sigmoïdostomie.

Conclusions

De la complexité clinique de l'appendicite chronique et de son individualité anatomo-pathologique encore imparfaite *un groupe de nouvelles entités morbides à siège iléo-caeco-colique droit* s'est récemment dégagé avec une netteté croissante, chacune d'elles possédant une pathogénie et des modalités symptomatiques propres, et réclamant une thérapeutique médico-chirurgicale spéciale.

Cliniquement, il s'agit de *syndrômes douloureux de la fosse iliaque droite*, (et parfois du flanc droit), avec réflexes du système vago-sympathique et mauvais état général, *qui simulent et souvent compliquent une appendicite chronique*. Les recherches radiologiques et les constatations opératoires pour « *séquelles d'appendicectomie* » (Enriquez), établissent que ces syndrômes, liés à des états inflammatoires, correspondent à des *troubles statiques, dynamiques ou mécaniques du segment iléo-caeco-colique*.

I. Troubles statiques. — *Ptoses du colon droit et caecum mobile, à la période de compensation* (par malformations congénitales ou allongement acquis des mésos).

Les signes cliniques et radioscopiques, traduisent : l'atonie pariétale de la paroi, la dislocation gastro-colique, la mobilité anormale du caecum ptosé, le retard ou les irrégularités du transit intracolique, les réflexes de petite insuffisance gastrique et hépatique.

La sensibilité douloureuse spontanée et provoquée se

répartit : à l'épigastre supérieur, aux angles coliques devenus aigus et parfois serrés par des « bandes de renforcement » (Lane), au fond et au bord interne du caecum, à la fin du grêle spasmé en cas de coudure et de stase iléales secondaires. Cette douleur est due à la traction continue exercée par l'intestin alourdi sur les plexus sympathiques et sur les filets des mésos, (ligament iléo-colique) et à l'hypéresthésie de la muqueuse caecale irritée. Sauf dans les cas mixtes (splachnoptose + appendicite chronique) 60 0/0, il y a absence de points douloureux maximum profond par pression sur la base d'implantation appendiculaire.

Les crises — inconstantes et frustes, sans caractère péritonéal — proviennent d'une torsion passagère du caecum mobile ou d'un encombrement stercoral par spasme sus-caecal, ou coudure.

La formule sanguine n'est modifiée que dans les cas d'inflammation appendiculaire ou colique associée : leucocytose légère + mononucléose.

II. Troubles dynamiques. — Typhlectasie atonique et dilatation douloureuse du colon droit (par parésie progressive primitive de la musculature intestinale ou, plus fréquemment, secondaire à une coudure par bascule de l'angle sous-hépatique détaché).

Les signes cliniques et radioscopiques traduisent : la déformation en massue élargie du caeco-colon avec stase accentuée (12 à 64 heures) et remplissage douloureux par lavement opaque, les déplacements latéraux du caecum « vidant la fosse iliaque », la gêne douloureuse spontanée de la fosse iliaque et du flanc droits à horaire postprandial tardif (réplétion et digestion caecales), les petits paroxysmes de la défécation avec « chasse bipolaire ».

La coprologie des fèces est à type caecal avec flore iodophile abondante.

Les grandes crises aiguës — simulant apparemment celles de l'appendicite — correspondent à une *distension brusque du segment caeco-colique*, avec douleur pongitive violente, nausées ou vomissements, faciès pâle non péritonéal vrai; *contracture très inconstante de la paroi*, température et pouls le plus souvent normaux, *immobilité de la tuméfaction tympanique*, et *termination rapide par exonération intestinale en débâcle* : « la douleur s'en va avec les gaz ».

Leucocytose faible et mononucléose constante, s'il y a *typhlo-colite ou réaction séreuse associées*.

III. Troubles mécaniques. — *Épiploïtes libres ou adhésives Néo-membranes péricoliques. Périviscérités des deux carrefours droits*, (obstacles segmentaires ou brides étroites d'origine inflammatoire typhlo-colique, appendiculaire ou vésiculo-duodénale).

Les *signes cliniques et radioscopiques* traduisent :

A) dans les épiploïtes libres, l'inflammation et la sclérose de la bordure ou de la moitié droite du grand épiploon, dont l'extrême sensibilité crée une *série ascendante de points douloureux échelonnés en dedans du caeco-colon* et peu mobiles, avec *état nauséux plus particulièrement fréquent* et dans les cas aigus perception d'une tuméfaction en corde : *corde épiploïque*.

B) dans les épiploïtes adhésives et les péricolites vélamenteuses (sans distinction clinique possible) :

1) au carrefour iléo-caecal (par « *peri appendicite* » en diffusion d'épiploïte) *une stase iléale ou iléo-caecale* avec contracture douloureuse de la terminaison iléale

coudée et *petites crises répétées de subocclusion du grêle* avec ballonnement péri-ombilical, vomissements abondants, péristaltisme rarement perceptible — parfois *caecum fixé, étiré par sa pointe*. — Indices de *stercorémie accentuée* : aux urines : indol, scatol, acétone., amaigrissement, faciès flétri, troubles du caractère ; « *cachexie stercorale*. »

La *formule sanguine*, outre la *mononucléose* indique une *éosinophilie* de 3 à 6 % et une *légère anémie* inconstante.

2) sur le caeco-colon, une *stase caeco-colique* avec déformations ou sténoses frustes et possibilité d'accès aigus de distension rétrograde douloureuse, immobilisation segmentaire par péricolite engainante serrée, ou accollement des deux branches de l'angle colique droit « *en canons de fusil* » avec point d'arrêt du transit et spasme.

3) au carrefour cystico-pyloro-duodénal (par diffusion périviscérale ascendante ou descendante), le rapprochement de l'angle colique droit et des deux premières portions duodénales avec estomac dévié vers la droite : « *estomac en écharpe*, » « *en haltère* ». Un *syndrome de dyspepsie hypersthénique* avec hyperkinésie, ou même *ulcéreux, quelquefois biliaire* (subictères, vomissements bilieux, poussées cataméniales). La douleur occupe surtout le flanc et l'hypocondre droits.

Une *périviscérite simultanée aux deux carrefours* peut se rencontrer, secondaire à une association *cholécystite appendicite*, à point de départ toxi-infectieux commun.

Dans toutes les formes adhésives : *réaction caractéristique, nauséuse et douloureuse, dans les attitudes étirant les adhérences* : cambrure de la taille, rotation du tronc, élévation des bras, mobilisation latérale du cadre colique.

L'hématologie indique : *légère leucocytose inconstante, mononucléose presque constante, atteignant parfois l'inversion de la formule leucocytaire (un dixième des cas).*

Le diagnostic, se fait par l'étude fouillée du passé clinique des malades atteints d'un syndrome iliaque droit et des *caractères précis de leurs crises*, une exploration manuelle patiente de l'abdomen, des *examens radioscopiques répétés* de tout le tube digestif *dans les positions debout et couchée* suivis dans quelques cas de *radiographies instantanées en série*, enfin par les *indices hématologiques et coprologiques*.

En l'absence de troubles statiques ou mécaniques du segment iléo-caecal, *l'appendicite chronique pure* s'affirme sous l'écran par la présence 1°) d'un *point douloureux maximum profond à la base d'implantation appendiculaire* et suivant rigoureusement tous les déplacements du caecum. 2°) de *reflexes sur la motricité gastrique* avec *hypertonie, hyperkinésie* et « *retard paradoxal* ».

Les *associations morbides*, appendicite et syndrome mécanique sont fréquentes : *60 % des cas*.

Le traitement, dans les *troubles statiques compensés* et chez les vieillards, sera diététique neurotonique et hygiénique avec cures de repos allongé, massages d'après les calques radioscopiques, gymnastique et contention abdominales antiptosiques. Chez les *jeunes déséquilibrés du ventre* avec chute de l'angle droit non accolé, les *colopexies en équerre* donneront de bons résultats (Duval et Grégoire).

Dans les *sympômes mécaniques par périviscérites* les *indications chirurgicales*, plus importantes comportent

de larges incisions donnant un jour suffisant sur la région iléo-caecale pour opérer suivant les cas : les résections épiploïques par pédicules isolés, la libération de l'intestin par décollement des membranes ou excision des brides, et greffes épiploïques libres, l'ablation des lésions inflammatoires causales à l'appendice ou à la vésicule biliaire, une *typhlo-sigmoïdostomie* en cas de lésions segmentaires anciennes indissociables, et sténosantes.

Chez les malades qui refusent l'opération le *traitement diathermique par haute-fréquence* donne de bons résultats contre les algies abdominales.

Vu le Président de thèse :

WIDAL

Vu le Doyen :

ROGER

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur : APPEL

BIBLIOGRAPHIE

- P. AIMÉ. — Le radiodiagnostic de l'appendicite chronique. Soc. de méd. de Paris. 28 mai 1921).
- P. AIMÉ et HAYM. — L'examen radiologique dans l'appendicite chronique et les syndrômes iliaques droits. (Revue médicale de l'Est. 13 juillet 1920).
- ALGLAYE. — Contribution à l'anatomie chirurgicale et comparée du segment iléo-caecal de l'intestin de l'adulte. (Société anatomique de Paris 1907).
- « — Contribution à l'étude des accidents rattachés à la dilatation du caecum et à la péricolite du colon ascendant et de son angle hépatique. (Presse médicale. 17 mai 1913).
- « — Le traitement chirurgical de la tuberculose iléo-caecale (Thèse. Paris 1904).
- AUVRAY. — Diagnostic de l'appendicite. (Paris 1904).
- G. AVIERINO. — Essai de différenciation clinique et thérapeutique de quelques points douloureux de l'abdomen, pour servir au diagnostic des affections des voies digestives, biliaires et des caelialgies (Thèse de Montpellier, 1922).
- BARNSEY. — Appendicite et annexite. (Thèse Paris 1897).
- BAZY. — Discussion sur la pathogénie de l'appendicite (Société de chirurgie 1895 et 1896).
- BEAUGENDRE. — Appendicite et tuberculose (Thèse Paris 1913).
- BÉCLÈRE. — Radiographie caeco-colique (Association française d'électrologie et de radiologie médicales, 16 avril 1914).
- BERA. — Complications post-opératoires immédiates et éloignées dans l'appendicite. (Thèse Paris 1899).
- BÉRARD. — Deux cas de typhlite post-grippale simulant l'appendicite. (Société de chirurgie de Paris. 1920, p. 640).

- BERGER. — Contribution à l'étude de l'appendicite chronique (Thèse Paris 1921).
- BEURNIER. — Colite muco-membraneuse et appendicite (journal des Praticiens 1900, XIV p. 81).
- BEYNES. — Perityphlite chez les enfants (Thèse Paris 1889).
- BOUVERET. — Note sur la dilatation du caecum et du colon ascendant (Lyon médical, 31 juillet 1887).
- BRISAUD. — Appendicite fantôme. (Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 19 mars 1807).
- BRUNET. — Epiplôite chronique et torsion de l'épiploon (1907).
- BUSSY. — Appendicite saturnine et appendicite. (Thèse Paris 1912).
- Mac-BURNEY. — On appendicitis. (New-York médical journal 21 décembre 1889).
- CARNOT. — Les régénérations d'organes, (Paris 1899).
- CARNOT et CORNIL. — Réparation des canaux et cavités. (Presse médicale 12 octobre 1898).
- CARNOT K., GLENARD et GÉRARD. — Situation et forme des différents segments digestifs dans les principales positions du corps. (Société médicale des Hôpitaux 3 avril 1911).
- CATZ. — Le traitement chirurgical des colites. (La clinique Septembre 1911).
- CASE (JAMES). — Observations radiologiques sur le péristaltisme et l'antipéristaltisme des colons en tenant compte spécialement de la fonction de la valvule iléo-caecale. (Archives d'électrocinétique médicale et de Physiothérapie, mai 1917).
- CAUWARDIN. — Péricolites (British médical Journal, 18 janvier 1913).
- CAZIN et GROS. — De la leucocytose dans l'appendicite. (Semaine médicale 6 mai 1903).
- CERF. — Le syndrome iliaque droit (Mémoire inédit)
- CHAUFFARD. — Leçons sur la lithiase biliaire (Masson 1914).
- « — De l'appendicite. Revue générale de clinique et de thérapeutique 1919, XXXVIII p. 143.
- CHEINISSE. — La colite muqueuse (Semaine Médicale 1908 p. 253).
- « — Les appendicites fantômes (Semaine Médicale, janvier 1910).

- CONDAMIN et VARON. — Contribution à l'étude des pseudo-appendicites.
- COGETTIER — L'avenir des appendiculaires. (Thèse Paris 1898).
- COCHAT. — Complications pos-opératoires dans l'appendicite. (1898).
- COTTE. — A propos de la péricolite membraneuse. (Lyon chirurgical 1912).
- COURCIÉRAS. — Adhérences précaecales d'origine appendiculaires (Thèse Paris 1908).
- CRAMER. — Caecum mobile et appendicite chronique. (Münchener Medicinale Woche 1912).
- CUNÉO HARTMANN, DUVAL. — Altérations du colon droit et stase colique.
- DA COSTA. — The clinical value of blood examinations in appendicitis (Muer. journal of the méd.
- DARGEIN. — Dilatation du caecum par incontinence du pylore (Journal de médecine de Bordeaux 1920 p. 660).
- DELORE. — Epiploïtes post-opératoires (Lyon Médical 1^{er} janvier 1912).
- DELORE et ALAMARTINE. — A propos de deux cas de sténose sus-caecale avec péritonite membraneuse. (Revue de chirurgie 1910 p. 711).
- DELBET. — La typhlite ptosique et son traitement (Semaine Médicale 21 nov. 1903).
- « — Archives générales de Médecine, (février 1898).
- P. DESCAMPS. — Les appendicites sans péritonite. (Paris Médicinal 20 avril 1921.)
- DESTERNES et BAUDON. — Valeur de la radiologie dans le diagnostic de l'appendicite chronique (Journal de Diététique 20 avril 1914)
- DIEULAFOY. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu (Tours L. V. et VI)
- « — Manuel de Pathologie interne.
- « Appendicite et cholecystite (Presse Médicale 1903).
- « Typhlo-colite mucô-membraneuse ou sableuse simulant l'appendicite (Académie de médecine 29 mai 1906).
- « Discussion à l'Académie de Médecine. 1907-1908.
- DOYER. — A propos du caecum mobile (Béitrage sur Klin, Chir. août 1911).

- DUROZELLE. Péricolites et appendicite chronique. (Thèse Paris 1919).
- DUVAL. — A propos de la péricolite membraneuse. (Archives des maladies de l'appareil digestif. Mai 1910)
- DUVAL et ROUX. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la stase colique par altération du colon droit (Soc. de Chirurgie de Paris 1914, p. 303).
- DURAND et G. BINET. — Appendicite et cholelithiase. (Monde Médical 1^{er} juin 1922).
- EHRMANN. — Rapports de l'appendicite avec l'entérocolite muco-membraneuse. (Th. Paris 1903-04).
- ENRIQUEZ. — Hyperkinésie, (Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux, 3 déc. 1905).
- « Les séquelles de l'appendicectomie (Académie de Médecine 16 mars 1920).
- ENRIQUEZ et G. DURAND. — Article « Radioscopie, de la Pratique Médico-Chirurgicale.
- « — Eléments de diagnostic entre l'ulcère de l'estomac et l'ulcère du duodénum. » Rapport au Congrès français de médecine 1922.
- ENRIQUEZ et GUTTMANN. — La sciatique appendiculaire (Soc. Méd. des Hôpitaux, 27 juin 1923).
- « — Les fausses coxalgies appendiculaires (Soc. Méd. des Hôpitaux, 18 juillet 1913).
- ENRIQUEZ, GUTTMANN ET ROUVIÈRE. — La vagotonie appendiculaire. Soc. Médicale des Hôpitaux. (16 déc. 1921).
- FABRE. — Physiologie pathologique de l'épiploon (Th. Paris 1900).
- FABRE DE PARREL. — De l'appendicectomie (Th. Paris 1908).
- FEDERMANN. — Über Pérityphilitis mit besonder Beruchsiichtigung des Verhaltens der Leukocyten (mit aus den Greuzgebiéten der Medicin und Chirurgie, XII p 213 et XIII p. 231).
- FISHLER. — La typhlatonie et ses rapports avec l'appendicite (Méd. und chir. vol XXII, n° 4).
- MARSHALL FLINT. — Journal de chirurgie. 1911.
- FRANK. — Pseudo-appendicitis (Archives internat. de chirurgie, vol I. fasc. 2 et 3).

- CH. FRARIER. — Diagnostic et traitement des lésions de la fosse iliaque droite autres que l'appendicite (Annals of Surgery. oct. 1912).
- GIGON. — Appendicite d'origine caecale (Thèse Paris 1906).
- GIRON. — L'appendicite chronique (Thèse Paris 1913).
- GLÉNARD. — Les ptoses viscérales. Paris 1899.
- « — Appendicite et entero-colite (Académie de Médecine) 20 Avril 1897).
- GOUGET. — Caecum mobile et appendicite chronique (Thèse Paris 1904).
- GOURCEROL. — Radiographie de l'appendice (Thèse Paris 1912).
- GRÉGOIRE. — Péricolite membraneuse et appendicite chronique. (Archives des maladies du tube digestif, février 1919).
- « — Dilatation douloureuse du colon droit et appendicite chronique ; Archives des maladies du tube digestif, avril 1920).
- « — Les pseudo-appendicites chroniques (Paris Médical 10 mai 1920).
- « — La dilatation douloureuse du colon droit (Paris Médical 28 janvier 1922).
- GUINARD. — Article « Appendicite » « Traité de chirurgie de Le Dentu et Deblet .
- GUTMANN. — Des formes à surprise de l'appendicite chronique (Thèse Paris 1914).
- « — L'asthme appendiculaire. Presse Médicale (3 nov. 1920).
- « — L'examen d'une appendicite chronique. L'Hôpital. 10^e année n° 91.
- HADGES. — De la stase intestinale chronique (Presse Médicale 4 août 1920).
- HALLER. — Epiploïtes chroniques en rapport avec l'appendicite et la colite chroniques (Thèse Paris 1914).
- HAYEM. — Du sang et de ses altérations anatomiques (Paris 1889).
- HAYEM ET PARMENTIER. — Leucocytose dans l'appendicite chronique (doc. méd. Hôpitaux, 8 déc. 1889).
- HAUCHAMPS. — L'antipéristaltisme du gros intestin (Journal de Radiologie mai 1913).

- HEGER. — Les fonctions de l'épiploon (Bulletin de l'Académie royale de Belgique (Avril et mai 1909).
- HEWITT. — The value of leucocyte count in the diagnosis and prognosis of acute appendicitis; 100 cases) (Annals surgical, Philadelphie, 1917. XVI p. 143).
- HIRSCHBERG. — Stase chronique de l'intestin (Thèse Paris 1919)
- HOFMEISTER. — De la typhlectasie, pérityphlite chronique, caecum mobile (Beitrag zur Klinischen Chirurgie, 1911. p. 832).
- JACKSON. — Membranous péricolitis and allied conditions of the iléo-caecal region (Annals of surgery 1913).
- JAWARSKI AND LAPINSKI. — Palpation de l'appendice et du caecum et points douloureux correspondants d'après 800 examens cliniques (Wiener Klinische Wochenschrift (1908).
- JORDAN. — Le peristaltisme du gros intestin (the Archives of Roentgen Ray février 1914).
- DE KEATING HART. — « De la statique abdominale du tube digestif et de ses troubles en radiologie ». (Soc. de méd. de Paris, 27 fév. 1921).
- LABBÉ. — Deux cas de péricolite membraneuse (Soc. médicale des hôpitaux, 3 déc, 1912).
- LANE. — Influence des coutures de l'intestin sur la production de la stase intestinale chronique (British medical, journal 27 avril 1911).
- « Chronique intestinale stasis 1918.
- « La stase intestinale chronique. La Clinique 17^e année, n° 9.
- LAPEYRE. — Résultats de l'intervention chirurgicale dans l'appendicite compliquant la colite muco-membraneuse (Gazette médicale du Centre 1903).
- LAPIERRE. — De l'enfouissement du moignon appendiculaire. (Thèse Bordeaux 1906).
- LARDENNOIS. — Les ptôses du caecum (Presse médicale, 4 juin 1910).
- » — La stase colique par déformation des colons. La typhlectasie symptomatique (Presse Médicale 7 juin 1913),
- LARDENNOIS et de OCKINZIG. — Les hernies par glissement,

- LEBON. — Diagnostic radiologique de l'appendicite (La Clinique, 20 février 1914).
- LÉGER. — Les crises douloureuses qui survivent à l'appendicectomie. (L'année Médicale de Caen, XXXVI, 7).
- LEJARS. — Typhlite et pérityphlite (Semaine Médicale, 1911, p. 217).
- » — Les points douloureux appendiculaires (Semaine Médicale 1907, p. 121).
- » — La coudure iléale et la péricolite membraneuse (Semaine Médicale, 6 déc. 1911).
- LE NOMANT. — La péricolite membraneuse (Presse Médicale, 8 mars 1913).
- J LÈQUES. — Contribution à l'étude des adhérences péricæcales et péricoliques (Thèse de Lyon 1913).
- LEROY. — Des épiploïtes (Thèse de Lille 1905).
- LEVUEUF. — La péricolite membraneuse (Thèse de Nancy 1914).
- » — Le diverticule épiploïque droit chez le nouveau-né, des reliquats chez l'adulte (Revue de Chirurgie 10 janvier 1914).
- » — Voile membraneux péricolique et adhérences appendiculaires d'origine congénitale (Soc. de Maternité de Paris janvier 1914).
- LEVREY. — Du rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique au cours de l'appendicite (Thèse de Paris 1899).
- LETULLE. — Lésions de l'épiploon dans l'appendicite chronique (Bulletin de la Soc. Anat. de Paris juillet 1899).
- LIGNAC. — Etude radiologique des mouvements rétrogrades du colon (Presse Médicale 30 janvier 1919).
- LOEFELDT. — Deux cas de pérityphlite chronique avec insuffisance de la valvule iléo-cæcale. Foertschrifte auf dem gebiete der Roentgenstrahlen, juin 1914).
- LOEPER. — Leçons de pathologie digestive.
- « — Formules leucocytaires des infections et intoxications expérimentales et humaines. (Archives de parasitologie, 1902).
- LOEPER ET SIMONNET. — Point douloureux de l'artère iliaque droite et faux-points appendiculaires. (Bulletin médical, 18 mai 1910, n° 43).
- « Les algies sympathiques et l'hypéresthésie de l'abdomen (Presse médicale, 23 août 1920).

- LORENZO-COLESCHI. — Insuffisance de la valvule iléo caecale déselée par la radiographie. (*Radiologia Undica*, juillet 1916).
- MAISONNET. — Le rôle de défense du grand épiploon. (Thèse, Lyon, 1908).
- MAUSLE. — Colique muqueuse et ses relations avec l'appendicite et la péricolite. (*The British médical, journal* 11 juillet 1908).
- MARIAGE. — Indication des interventions chirurgicales dans les affections péri-caecales. (Thèse, Paris, 1880).
- MARRE. — Les réactions générales d'origine colique. (Thèse, Paris, 1910).
- T. DE MARTEL ET ANTOINE. — Les fausses appendicites (chez Masson, 1922).
- MILIAN. — Mobilité défensive de l'épiploon. (*Gazette des hôpitaux*, juillet 1899).
- MINIÈRE. — Mémoire sur les tumeurs phlégmoneuses occupant la fosse iliaque. (*Archives médicales* 1828).
- MÉRIEL. — Appendice iléo-caecal et syndrome cholecystique. (*Presse médicale*, 3 mai 1909).
- MORISSETTE. — Réactions nerveuses dans l'appendicite (1902).
- MORRIS. — Ineffective appendicectomy (*Médical, Paris*, 1916, 1911).
- « Errors that I have made in 228 consecutive cases diagnosticated as appendicitis. (*New-York médical journal*, avril 1899).
- NICOD. — De l'appendicite reto-caecale, (Thèse Paris 1902).
- NIMIER. — Des épiploïtes dans l'appendicite (*Soc. de Chir. de Paris* 1900, XXVI, p. 131).
- NOTHNAGEL. — Pseudopérityphlitis (*Wener Klmische Wehenschrift*, avril 1899).
- PALLIN. — De la typhlite et de la colite ascendante (*Beitrag zur Klmische Chirurgie* 1910, Heft 2. p. 373).
- PAUCHET. — Stase intestinale chronique (*Paris Médical*, 3 avril 1920).
- » — Les fausses appendicites chroniques (*Soc. de Médecine de Paris*, déc. 1920).
- PAULIER. — Contribution à l'étude de la typhlite et de la pérityphlite (Thèse Paris 1873).

- PATRIGEON. — Recherches sur le nombre des globules rouges et blancs du sang à l'état physiologique et dans un certain nombre de maladies chroniques (Thèse Paris 1877).
- E. PHALER. — Les rayons X dans le diagnostic de l'appendicite (The American journal of Roëntgentlogy Fév 1919).
- POTAIN. — Colite chronique muco-membraneuse (Semaine Médicale 31 août 1887).
- POTHERAT. — De la péricolite adhésive sténosante (Soc. de Chir. de Paris 1906, p. 609).
- PRON. — La palpation du caecum et sa valeur séméiologique (Journal de Méd. de Paris 1908 p. 173).
- PRAVAZ. — De la pérityphlite et de son traitement (Thèse Lyon 1888).
- QUENU. — Typhlite perforante prise pour une appendicite (Soc. de Chirurgie 24 janvier 1900).
- » — Autres communications à la Société de Chirurgie 1892, 95, 95, 98.
- QUENU et CAVASSE. — Des para-appendicites. (Soc. de Chirurgie de Paris, 1900 XXVI p. 82).
- De QUERVAIN. — Appendicectomie et affections chroniques des colons (Bruxelles Médical 1921, n° 8).
- RASTOUIL. — Appendicite chronique. (Thèse Paris 1900).
- RECLUS. — Enterocolite et appendicite (Académie de Médecine 16 et 30 mars 1897).
- ROBINSON. — The leucocyte count in appendicitis (N.-York Médical Journal 1910-1435).
- ROGER. — Rôle protecteur de l'épiploon (Société de Biologie février 1898).
- RIOU. — Résultats tardifs de l'appendicectomie (Thèse Paris 1902).
- Jacques ROUX. — De l'emploi des rayons X avant l'appendicectomie (Thèse Lausanne 1913).
- Joh. ROUX. — Adhérences péricæcales et péricoliques (in Mathieu et Roux. Pathologie gastro-intestinale 3^e série).
- ROUVIÈRE. — Contribution à l'étude des réactions du pneumogastrique dans l'appendicite chronique. (Thèse Paris 1921).

SCHOULL. — Les fausses tuberculoses d'origine appendiculaire.
(Paris Médical 1918. XXIX 279).

AN. SDHWARTZ. — Douleurs appendiculaires et rénales.
(Progrès médical. 10 septembre 1910).

SCHWARZ. — Le radiodiagnostic du caecum mobile (Société
Império-Royale des Médecins de Vienne 4 février 1910).

SILHOL. — Examen du sang en chirurgie pour le diagnostic et
le pronostic de l'appendicite. (Thèse Paris, 1903).

SONNENBERG. — Pérityphlitis, 1900.

SORREL. — La stase intestinale chronique. (Thèse, Paris, 1914).

STIERLIN. — Le caecum mobile comme cause de prétendus cas
d'appendicite chronique, et résultats de la caecopexie.
(Deutsche, Zeitschrift für chirurgie, 4 sept. 1910).

TALAMON. — Appendicite et pérityphlite. (Paris, Rueff, 1892).

TAVEL. — Péricolite cicatricielle post opératoire. (Revue
Médicale de la Suisse Romande, Genève 1904,
XXIV, § 27).

TERRIER. — De l'appendicite. (Revue de chirurgie 1900).

« — Sur un cas d'appendicite perforée. (Société de
chirurgie 8 juin 1893).

TRIPPIER ET PAVIOT. — La péritonite sous-hépatique d'origine
vesiculaire. (Encyclopédie Lauté-Masson).

« — Pathogénie péritonitique de la crise appendiculaire
(Archives gén. de Médecine, juillet 1899).

TILLANDRE. — Caecum et appendice. (Revue Générale. Progrès
Médical, (7 janvier 1914).

VIRCHOW. — Virchow's Archive, tome V. p. 281.

Vaquy et LAUBRY. — « L'Hemodiagnostic en chirurgie » (Presse
médicale 6 mai 1903.)

WAGON. — Appendicite chronique d'emblée (thèse Paris 1904)

WALTER. — XII^e Congrès français de chirurgie 1898. p. 339.

« — Communication à la Société de Chirurgie en 1898,
en 1900, 1902, 1903, 1916.

« — Des épiploïtes chroniques — XIX^e Congrès français
de chirurgie 1906 p. 169.

« — À propos des brides développées autour du colon
ascendant. Soc. de Chirurgie 1902. Congrès français de Chirurgie 1911.

« — Epiploïte ayant continué d'évoluer après l'ablation
de l'appendicite. Soc. de Chirur. de Paris. 28 déc. 1910.

Mlle M. WEILL. — Points douloureux abdominaux et erreurs de diagnostic qu'ils comportent. (Thèse Paris 1911).

WIDAL. — Rapport au Congrès de Médecine de Strasbourg. (1921)

WIEGMANN. — Caecum mobile et appendicite chronique. (Deutsche méd. Wochenschrift 1909. p. 147)

WILMS — Deutsche méd, Woch. octobre 1908.

WINKLER. — Maladies de l'appendice, chez Fischer, à Iéna, 1910.

